

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na UBS Maria Alice, Feijó/AC**

Yordanka Sanchez Figueras

Pelotas, 2015

Yordanka Sanchez Figueras

**Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica
e/ou diabetes mellitus na UBS Maria Alice, Feijó/AC**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Giselle Lima Aguiar Correia

Pelotas, 2015

F475m Figueras, Yordanka Sanchez

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Maria Alice, Feijó/AC / Yordanka Sanchez Figueras; Giselle Lima Aguiar Correia, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

96 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Correia, Giselle Lima Aguiar, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória.

O Deus, o forte, pai eterno, que foi meu conselheiro, escudo e minha fortaleza para conseguir vencer todos os obstáculos e desafios.

Agradecimentos

A minha família...

Minha filha Maria Fernanda Ortega Sanchez o grande amor de minha vida, a razão de empreender tantas lutas e desafios.

Minha mãe Íbis Margarida Hechavarria que na distância me proporcionou grande apoio onde compartilmos alegrias e tristezas.

A minha orientadora...

Swheelen de Paula Vieira que sempre foi meu guia, conselheira, com quem compartilhei a construção deste estudo, com grande apoio, paciência, respeito e competência.

A equipe de saúde...

Por sua dedicação, disponibilidade e trabalho árduo, que foi possível o desenvolvimento desde estudo.

A comunidade...

Por sua compressão, apoio e sensibilidade.

Resumo

SANCHEZ FIGUERAS, Yordanka. **Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Maria Alice, Feijó/AC.** 2015. 94fs. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As doenças cardiovasculares são uma das primeiras causas de morte no Brasil e no mundo, onde a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus constituem fatores de risco para estas doenças. Sendo a Hipertensão e Diabetes Mellitus doenças frequentes em nossa população, responsáveis por processos patológicos, que afetam e comprometem o usuário. O objetivo geral está baseado em promover a Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Maria Alice, Feijó/AC. O projeto de intervenção foi estruturado para ser desenvolvido num período de dezesseis semanas, mas por orientações e reajustes da Universidade Federal de Pelotas foi cumprido em doze semanas, no horário de funcionamento da unidade tradicional. As ações foram desenvolvidas em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Os dados foram monitorados por intermédio de uma planilha de coleta de dados extraídos os dados da ficha espelho do usuário. Tivemos resultados significativos durante a intervenção, como cadastrar 573 usuários com **hipertensão** e/ou **diabetes**. Atingimos uma cobertura de 57% (409) dos hipertensos e 92,7% (164) dos diabéticos. A maioria das metas de qualidade foram atingidas em 100%: exame clínico ao dia, exames complementares de acordo com o protocolo, prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular / HIPERDIA; usuários faltosos às consultas, que receberam busca ativa, usuários com registro adequado na ficha de acompanhamento / ficha espelho, avaliação da estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia e orientações de promoção de saúde. Com a intervenção tivemos melhoria na qualidade do atendimento clínico, fortalecendo o engajamento da população com a equipe, conscientização aos usuários com relação ao auto cuidado, com um melhor desempenho e competência profissional no Programa de **hipertensão e diabetes**, através de capacitações, fornecendo uma transformação no sistema de trabalho em equipe. O impacto na comunidade proporcionou a adesão de grande número de usuários hipertensos e diabéticos que passaram a serem acompanhados, que passaram a terem conhecimento do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, mostrando que a organização dos serviços é fundamental para a melhoria do atendimento prestado a este público alvo.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde, Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Proporção de hipertensos cadastrados na UBS Maria Alice, Feijó/AC.	65
Figura 2	Proporção de diabéticos cadastrados na UBS Maria Alice, Feijó/AC.	66
Figura 3	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Maria Alice, Feijó/AC.	67
Figura 4	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Maria Alice, Feijó/AC.	67
Figura 5	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde UBS Maria Alice, Feijó/AC.	68
Figura 6	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da UBS Maria Alice, Feijó/AC.	69
Figura 7	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, na UBS Maria Alice, Feijó/AC	70
Figura 8	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, na UBS Maria Alice, Feijó/AC.	71
Figura 9	Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa na UBS Maria Alice, Feijó/AC	72
Figura 10	Proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca ativa, na UBS Maria Alice, Feijó/AC.	72
Figura 11	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Maria Alice, Feijó/AC.	73
Figura 12	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, na UBS Maria Alice, Feijó/AC.	74
Figura 13	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, na UBS Maria Alice, Feijó/AC.	75
Figura14	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, na UBS Maria Alice, Feijó/AC	75

Figura 15	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, na UBS Maria Alice, Feijó/AC.	76
Figura 16	Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física, na UBS Maria Alice, Feijó/AC.	77
Figura 17	Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo, na UBS Maria Alice, Feijó/AC	78
Figura 18	Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal. CADORES	79

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde.
APS	Atenção Primária de Saúde.
CEO	Centro de Especialidade Odontológica.
DM	Diabetes Mellitus.
ESB	Equipe de Saúde Bucal.
ESF	Estratégia da Saúde da Família.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
IMC	Índice de Massa Corporal.
NASF	Núcleo de apoio da Saúde da Família.
HPV	Papiloma de Vírus Humano.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UBS	Unidade Básica de saúde

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	23
2 Análise Estratégica	24
2.1 Justificativa	24
2.2 Objetivos e metas	25
2.2.1 Objetivo geral	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	25
2.3 Metodologia.....	27
2.3.1 Detalhamento das ações	27
2.3.2 Indicadores	48
2.3.3 Logística	54
2.3.4 Cronograma	59
3 Relatório da Intervenção.....	62
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	62
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	63
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	63
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	64
4 Avaliação da intervenção.....	65
4.1 Resultados.....	65
4.2 Discussão	80
5 Relatório da intervenção para gestores	83
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	86
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	88
Referências	90
Apêndices.....	Erro! Indicador não definido.
Anexos	91

Apresentação

O trabalho teve como objetivo geral a Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Maria Alice, Feijó/AC. Na primeira seção, será descrita a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

O relatório de intervenção, que será apresentado na terceira seção, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

Na seção cinco será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por fim, será apresentada a bibliografia utilizada neste trabalho e, ao final, os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho na UBS Maria Alice, desde dezembro de 2013. Fui bem acolhida e tive a cooperação de todos os colegas que já atuam na unidade há muito tempo. Sinto-me à vontade para realizar meu trabalho. Consigo entender-me bem com os usuários. Mas, se encontrar alguma dificuldade, a equipe me ajuda.

Nossa área de abrangência tem aproximadamente 1200 famílias. É uma população extensa, pela associação com outra área que pertence a uma UBS que ainda não está terminada.

Nosso município se caracteriza por ter um grande número de população rural, que são localidades muito distantes, onde não se tem acesso à saúde, devido a grande distância, onde muitos enfrentam dias de viagem para serem atendidos em nossa unidade.

A morbidade predominante são as doenças infecciosas e parasitárias, sendo muito frequente também a gravidez na adolescência e as doenças crônicas não transmissíveis, tais como a hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Minha equipe de saúde tem 11 integrantes, sendo: um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, oito Agentes Comunitários de Saúde e um clínico geral. Quanto a estrutura, não é muito grande, temos dois consultórios, sendo dois médicos, uma sala de procedimentos de enfermagem, sala de imunização, sala para realização de pré-consulta, sala de espera para os usuários, recepção, sala odontológica e dois sanitários. A farmácia foi retirada da Unidade, sendo centralizada para fornecimentos para todas as UBSs.

As consultas gerais são realizadas pelo turno matutino e a tarde, são atendidos os grupos prioritários, tais como: acompanhamento e seguimento das enfermidades crônicas não transmissíveis e consultas de atenção pré-natal de alto

risco. Nas terças-feiras ocorre a visita domiciliar no turno matutino uma vez na semana.

Os medicamentos tem boa distribuição mas as demandas são grandes e às vezes não satisfaz as necessidades crescentes da população, pois em ocasiões faltam alguns medicamentos necessários para doenças crônicas.

O acesso a serviço de laboratório clínico e radiológico é ofertado no hospital do município. Os exames de laboratório solicitados tem um tempo de espera de até um mês, algo que dificulta um bom atendimento. A equipe de saúde ainda não está completa. Estamos aguardando a formação das ESF, pois assim, facilitará criar vínculo maior com os usuários de todas as localidades, conhecendo suas necessidades de perto, através das visitas domiciliares que são poucas, para o grande fluxo de pessoas que chegam a UBS.

O trabalho na APS deve destacar a diferença entre os serviços que atendem urgências, daqueles que promovem saúde, com atenção centrada na família, orientação e participação comunitária, prevenção de agravos e, tratamento e reabilitação.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Feijó está situado na região central do Estado do Acre, limitando-se ao norte com o estado do Amazonas, ao Sul com Peru, ao Leste com os municípios de Acre de Santa Rosa do Purus e ao Oeste com município de Tarauacá e Jordão. Conta com uma população de 32.311 mil habitantes, com uma área de 242.002 km², representando uma densidade demográfica de 1.33 habitantes por km².

Hoje contamos com sete UBS localizadas em área urbana, com sete equipes de saúde da família, sendo uma equipe por cada UBS, constituído com médico geral, ACS, enfermeiro, técnica de enfermagem, e quatro das equipes possuem equipe de saúde bucal, composta pelo odontólogo e pelo auxiliar odontológico. Contamos com quatro UBS com modelos tradicionais com diversas dificuldades estruturais e dois desses são locais adaptados, suas UBS correspondentes estão em processo de construção, as UBS são Eugenio Nunes, Cena de Paiva e a construção de outra unidade de saúde com nome de Conquistas, cuja população é assumida pela UBS Maria Alice, UBS a qual atuo.

Contamos com NASF, que ofertam serviços de nutrição, fonoaudióloga, reabilitação, psicóloga e assistente social com uma recém-incorporação. O município, não conta com CEO. A atenção básica está baseada nas estratégias de saúde da família, coordenada por uma Secretaria Municipal de Saúde. Contamos com um Hospital Municipal, que ofertam serviços de atendimento de urgência e emergência, limitados pela falta de insumos e equipamentos, necessários para uma atenção de qualidade, sem atenção especializada. Os casos que precisem de outro nível de atenção são remitidos para a capital do Estado, Rio Branco e para o município Tarauacá.

As ofertas de serviços de urgência são deficientes, só contamos com serviços radiológicos e exames laboratoriais. Não fazemos ECG, USG, e outros serviços que dependem de uma estrutura mais especializada. Os exames ofertados à população são: hemograma, sumário de urina, parasitológico de fezes, glicoses, triglicerídeos, colesterol, ureia, creatinina, TGO, TGP, provas reumática como ASLO, PCR, PR, ácido úrico, VDRL. Os exames de HIV, hepatites, toxoplasmoses e rubéola, as amostras são enviadas para a capital do estado, com um período de 30 dias para sua leitura. Todos os exames realizados são demorados os resultados.

Atuo na UBS Maria Alice, pertencente à área urbana, com uma população de aproximadamente 4716 pessoas, assumindo duas áreas, que são, o Bairro Esperança e Conquista, esta última é uma população assumida, já que a UBS que atenderia esta população está em construção. Nossa equipe de saúde da família é composta por, um médico geral, um enfermeiro, oito ACS, duas técnicas de enfermagem, um auxiliar de enfermagem e uma equipe de saúde bucal composta por odontólogo e uma técnica de saúde bucal.

Não temos vinculação com instituições de ensino, ofertando os serviços vinculados com o SUS, realizando consultas em diferentes faixas etárias, atenção à criança, idosos, atenção pré-natal, atividades de promoção e prevenção de saúde, visitas domiciliares, atenção a doenças crônicas não transmissíveis, e programas estabelecidos pelo ministério da saúde.

A UBS apresenta dificuldades estruturais que dificulta no desenvolvimento de nosso trabalho. Contamos com ventilação e iluminação em todos os departamentos com exceção da sala de almoxarifado, com uma sala de espera pequena, junto a com a recepção e arquivo de prontuários, sem segurança, dificultando o trabalho dos recepcionistas com ruído e grande fluxo de pessoas

limitando o acesso de usuário e profissional de saúde. Não temos farmácia na UBS, os usuários tem acessibilidade aos medicamentos na Farmácia Municipal, limitando que os usuários recebam seus medicamentos na UBS. Ainda sobre a estrutura, não temos sala de reuniões. Todas as atividades educativas são realizadas em sala de espera, mas nos auxiliamos de outros centros da comunidade. As reuniões de equipes são desenvolvidas na sala do enfermeiro, com espaço reduzido. Não temos laboratórios clínicos na UBS. Todos os pacientes são encaminhados para o hospital municipal ofertando-lhe os exames já descritos e aqueles que não são realizados no município, são remetidos para capital do estado. Não temos sala de expurgo, o material contaminado é separado, colocado em área externa e recolhido uma vez por semana. Temos um consultório com banheiro utilizado em consultas pré-natais e consultas de citologia. Dois banheiros, sendo um para usuário e outro para funcionário, uma cozinha, um consultório odontológico, uma sala para os ACS, consultório médico, sala de almoxarifado, sala odontológica única dotada com equipamento de esterilização, temos escovário em área distante e uma sala de vacina.

Na UBS as janelas são de madeira, os armários nem todos são de superfície lisa e fácil de lavar e desinfetar, enquanto as barreiras arquitetônicas externas têm boa acessibilidade com boa fachada. Não contamos com rampas e corrimãos para auxiliar o acesso ao usuário com mobilidade limitada ou outra deficiência, também não temos banheiro específico para pessoal deficiente, mas, o banheiro de usuário tem espaço para manobras de aproximação de usuário com cadeira de rodas com portas que permitem seu amplo acesso e corrimãos para sustentarem. Contamos ainda com uma só cadeira de rodas, estamos em espera de outra pela gestão da Secretaria de Saúde, para satisfazer as demandas.

O sistema de revisão da calibragem das balanças e esfigmomanômetros estão em estudo para reduzir o tempo de revisão, já que era anual. O material e instrumental odontológico, quando quebra, passam muitos dias para sua reposição, repercutindo no atendimento da população. Não contamos com material de urgência como suturas, instrumentos e material necessário para ofertar este tipo de serviço já que todas as UBS devem estar preparadas para enfrentá-los. Quanto a informação e informática, não contamos com redes de internet e telefone, não temos cadastramento de prontuários eletrônicos, todos os modelos são impressos. Na sala de procedimentos, nossa equipe tem tomado estratégias em estabelecer prioridades

quanto aos procedimentos de enfermagem, selecionando os que precisam de atendimento rápido, de uma forma organizada.

Nossa equipe utiliza diversas instituições como diversas escolas, com extensão a outros centros da comunidade. Quanto a realização de atendimento de urgência e emergência, procedimentos e pequenas cirurgias, pois não contamos com equipamento para estes procedimentos. Dificuldade que não tem sido superada, situação eventual, que foi discutida em nível de equipe e levada a Secretaria de saúde e órgãos gestores.

Temos obtido um grande avanço quanto às visitas em domicílio, sendo realizada e planejada todas as terças-feiras pelo turno da manhã. Assim como, qualificando os atendimentos, oferecendo diversos procedimentos. Também temos avançado quanto ao desenvolvimento de NASF em atendimento em domicílio com crianças desnutridas, orientação sobre a alimentação saudável em grupos de gestantes, idosos, hipertensos diabéticos, com a realização de forma mais sistemática, processo de reabilitação, consultas médicos e de enfermagem e etc.

Sabemos que temos apresentado muitas dificuldades com a saúde bucal, este foi um passo curto, mas de grande relevância, todos os dias antes dos atendimentos, realizamos palestras em diferentes grupos, seguindo cronogramas e grupos de atendimento, observando dia a dia o interesse da população pelas atividades, lembrando que antes, apresentavam pouco interesse quanto a estas ações.

Nossa população conta com 4716 habitantes para uma equipe de saúde. Nossa equipe tem criado estratégias, mediante ações planejadas, e organizadas. contamos com oito ACS que acompanham toda a população, com delimitação de cada responsável de cada área, orientando, encaminhando e identificando agravos e riscos. Estabelecemos um cronograma com **atendimentos priorizados pelo Ministério de saúde, com agendamento programado, com reservas de vagas disponíveis para demanda espontânea para situações imprevistas**, com uma programação e execução de ações educativas diária.

A distribuição da população por sexo e faixa etária tem aproximação semelhante à base de distribuição brasileira, temos predominância de jovens e adultos jovens com tendência a idade adulta, sendo mais prevalente as pessoas de 15 a 59 anos para um total de 2824, fator influente é o fluxo de pessoas que moram nas áreas rurais para áreas urbanas.

Na UBS, todos os usuários são acolhidos na recepção em um primeiro momento, pois não temos local específico para o acolhimento. Logo que entram na sala de procedimentos, é ofertada pela técnica de enfermagem, uma escuta solidária, humanizada, com retaguarda do médico e enfermeiro, onde em face da classificação e avaliação de risco segundo a necessidade, logo são acolhidos por profissionais de saúde, onde são escutados de forma atenciosa, propiciando-lhe um ambiente de confiança, segurança e com poder de solução. Com relação à demanda espontânea, nossa equipe tem buscado minimizar as demandas médicas, mas sempre acontecem situações imprevistas. Temos pontos positivos onde a equipe tem adotado as estratégias já descritas, estabelecendo cobertura **com vagas disponível** para demanda espontânea todos os dias. Um dos pontos negativos é que não contamos com lugar para acolhimento, mas realizamos em sala de procedimento, onde nesse momento, a equipe toma estratégias segundo as possibilidades para que o ambiente se torne tranquilo, com porta fechada, tratando de proporcionar um estado de bem-estar ao usuário.

Em nossa UBS, realizamos atenção às crianças um dia por semana nos dois turnos, de forma planejada e integral. Realizamos acompanhamento de 61 crianças que corresponde a 65% do valor estimado pelo caderno, lembrando também a situação de cadastramento incompleto, onde nossa equipe deve continuar trabalhando nas visitas domiciliares, para resgatar possíveis crianças não acompanhadas com o máximo de consultas programadas. **Nas 61 crianças foram realizadas o teste de pezinho, com vacinas em dia para um 100% além de receber monitoramento no crescimento e monitoramento na ultima consulta.** A captação de odontologia de crianças de 0 a 72 meses, é um ponto muito frágil quanto a realização. Nas primeiras consultas, o médico examina a cavidade bucal para o diagnóstico de malformação congênita, mas estamos em um processo de planejamento para começar a captação odontológica em todas as crianças de 0 a 72 meses, para cumprir com o orientado pelo ministério da saúde. Ainda continuamos também com a dificuldade de realização de triagem auditiva, já que não contamos com as condições para realizá-lo.

Temos ampliado grandemente as atividades relacionadas com crianças com outros dois de mães de crianças, onde temos desenvolvido palestras com temas relacionados com as crianças, quanto ao aleitamento materno, alimentação saudável, risco de acidentes em domicílio, orientação sobre curva de crescimento,

esquema de alimentação, importância de assistência na consulta auxiliando-nos no local das comunidades.

Nas visitas domiciliares atuamos na identificação de fatores de risco e intensificando-as naquelas crianças de maior vulnerabilidade, como crianças desnutridas, deficientes, entre outras, temos um cronograma com temas para desenvolver antes do atendimento todas as quintas feiras nos dois turnos, com interação da equipe de saúde e apoio do NASF. Os profissionais utilizam protocolos para classificar crianças de alto risco.

A atenção pré-natal assim como as crianças tem uma atenção planejada e organizada com consultas programadas e com agendamento para próxima consulta. Segundo caderno de ações programáticas, temos um estimado de 70 gestantes, em nossa área. Atualmente temos 31 gestantes acompanhadas o que corresponde a 44% de cobertura, ficando abaixo do que se espera.

Contudo, continuamos trabalhando em cadastramento completo para população, com visitas domiciliares em áreas de expansão, com objetivo de incorporar possíveis gestantes não acompanhadas, com captação de 22 gestantes no o primeiro trimestre de gestação e nove no segundo. É feita avaliação da imunização **das 31 gestantes para 100%** principalmente para vacinas toxóide tetânico e hepatite B. Temos protocolos estabelecidos por Ministério da saúde, cumprindo as normas estabelecidas em números de controle pré-natal, com solicitação na primeira consulta de exames laboratoriais preconizados nas 31 grávidas para um 100% entre outros aspectos, todas as grávidas são avaliadas por gineco-obstetra da área e em caso que não pode ser avaliadas por condição existente, estas são encaminhadas para capital do estado.

Ofertamos orientação sobre a curva de peso e consequência de um ganho rápido de peso ou ganho insuficiente, para a importância da prevenção de uma doença hipertensiva, também enfatizando na prevenção da anemia por déficit de ferro de acordo ao estabelecido com **prescrição** de sulfato ferroso depois das 20 semanas em todas as grávidas acompanhadas assim como orientação de higiene bucal, **aleitamento materno exclusivo** entre outras já descritas.

Contamos com registros amplo e atualizado de atenção pré-natal e arquivo disponível, estes são revisados de forma mensal e feita busca ativa nas faltosas. Realizamos atividades em grupos com formação recente de grupos, em escolas, na

UBS e começaremos a utilizar outros espaços para melhor divulgação, como igrejas entre outras.

Sinalizamos que ainda temos muito por trabalhar em saúde bucal com uma recente organização no trabalho e saúde mental com mais apoio de psicólogo da área para nossas grávidas.

Segundo o caderno de ações programáticas para o puerpério, temos uma estimativa de 94 puérperas nos últimos 12 meses que fizeram consulta para um 100%. Em nossa UBS, só temos 61 para um 65%, das quais, todas foram consultadas antes dos 42 dias do pós -parto, com consulta puerperal registrada, orientações sobre cuidados básicos de recém nascido aleitamento materno , planejamento familiar, em consultas e visitas domiciliares, de suma importância já que todas depois do parto, passam a ser um risco reprodutivo por período intergenérico curto. Todas com exame físico, segundo os protocolos, do ministério de saúde, exame de mama, exame ginecológico e abdômen examinado.

As 61 puérperas receberão avaliação psicológica pela psicóloga do município, para um 100%. Das 61 puérperas, só 9 apresenta com intercorrências clínicas, sendo 15%, com 1 psicoses puerperal, com uma evolução satisfatória, 3 anemia, e 5 processos respiratórios, todos recuperados.

O câncer é um grande desafio hoje e nossa equipe de saúde oferta um atendimento de prevenção ao câncer do colo planejado e organizado. Segundo o dado estimado em ações programáticas temos um total de 993 mulheres em idade fértil de 25 a 64 anos, comparando com a estimativa, temos atualmente 553 mulheres em idade fértil sendo cobertas pela equipe (56%). Devemos lembrar que nossa população tem um cadastramento incompleto em andamento com as características já descritas, ou seja, ainda não conhecemos toda a população, o que influencia na cobertura. Destas mulheres, só 149 tem um acompanhamento citológico (15%) segundo o dado estimado esta ação está muito deficiente.

Com exames citológicos em dias temos 111 mulheres (74%). Lembrando que nossa área tem um baixo nível cultural e a maioria são procedentes da zona rural com emigração para zona urbana onde algumas nunca receberam uma consulta de um médico, fundamentalmente as pessoas maiores de 45 anos, com um histórico de exclusão da saúde, possui muita dificuldade em aderir a realização de

um procedimento com estas características. **Com 22 mulheres com exame cito patológico para câncer do colo de útero alterado para um 15 %,com 145 exame cito patológico com mostras satisfatórias para um 97 %.com 38 exames citopatológico com mas de 6 meses de atraso para uma 30% ,oferecendo resistência pelo o profissional que o realiza , sendo uma população de baixo nível educacional.**

Realizamos ações de promoção nas 149 mulheres acompanhadas para um 100% sobre os fatores de risco, orientação sobre prevenção de CA de colo de útero e DSTs ,com a realização da prevenção precoce através da coleta de exame cito patológico realizado todos os dias em horário da tarde, já que muitas trabalham e ofertando-lhe atendimento para mulheres da área de cobertura e de fora. Essa ação é realizada pelo enfermeiro, com rastreamento misturado, temos garantido a incorporação da equipe nesta tarefa, com uma participação mais ativa de ACS. Nas visitas domiciliares ofertam orientação educativa em mulheres em idade fértil, e naquelas que não comparecem , conscientizando-as e sensibilizando-as. Estamos trabalhando com os registros, buscando sempre qualificá-los para a melhoria dos serviços.

Com relação ao câncer de mama segundo o caderno de ações programáticas temos um estimado de 236 mulheres de 50 a 69 anos, contamos com 186 mulheres acompanhadas na UBS o que representa 79% de cobertura, justificando sempre que nossa população tem cadastramento incompleto e característica já descrita antes. **As 186 mulheres recebe avaliação do risco para o câncer de mama e orientação sobre prevenção do câncer de mama para 100% com grande dificuldade na realização de mamografia no município, onde só 7 mulheres tem mamografia em dia para um 4%. Realizadas em clínicas privadas.**

Apesar das limitações, a equipe tem organizado as ofertas de ações preventivas onde fazemos rastreamento de exame clínico todos os dias da semana em cada mulher na faixa etária entre 50 a 69 anos. Todas recebem a orientação da realização com periodicidade mensal de autoexame das mamas.

Percebemos que a equipe em coordenação da Secretaria de Saúde está colaborando mais e acatando estas atividades com apoio do NASF, utilizamos protocolos limitados já que não contamos com a realização de forma gratuita de mamografia. Depois de análises desse ponto que nos dificulta a qualidade deste

atendimento de prioridade, a Secretaria de Saúde realizou uma reunião onde informou a realização de mamografia de forma gratuita de todas as mulheres deste grupo na capital do estado, assim, nossa equipe começa um processo de organização e programação para encaminhar de forma planejada e colegiada com objetivo que todas as mulheres tenham a realização deste exame. Existe registro específico para acompanhamento.

A hipertensão e diabetes mellitus constituem uma problemática na saúde pública no Brasil e no mundo. Na UBS ofertamos atendimento de forma organizada e planejada. Todas as quartas-feiras no turno da manhã com programação de consultas agendadas em próximo atendimento com data do retorno.

Segundo os dados estimados em caderno de ações programática devemos ter um total de 717 hipertensos, e, em nossa população temos um total de 147 hipertensos com acompanhamento (21 % de cobertura), dado este muito abaixo do dado estimado, pode ser por um cadastramento incompleto da população e acho que devemos continuar o trabalho para um cadastramento completo para um melhor trabalho e continuar a pesquisa desta doença, conhecemos que ainda falta muito o que fazer. Os 147 usuários com HAS tem avaliação de risco por critério clínico para um (100%). Todos comparecem para fazer exames complementares periódicos, 109 estão em dia (74%), temos a grande responsabilidade de sensibilizar os que estão com consulta em atraso através do trabalho educativo e em grupo. Temos garantido que a realização dos exames fiquem de forma mais pronta e assim poder avaliar um atendimento com qualidade em tempo. Todos os usuários são orientados sobre a importância de levar uma alimentação saudável e da prática do exercício físico, conhecer o risco de tabaquismo e orientações de saúde bucal, modificando os fatores de risco para melhorar o estado de saúde do usuário.

Em algumas ocasiões, ofertamos consultas para **os usuários** fora da área pelas características geográficas do município, sem excesso de demanda.

A equipe intervém em rastreamento de HAS, os ACS realizam visitas domiciliares ofertando informação sobre as medidas básicas e orientação desta doença, identificando fatores de risco e resgatando **usuários** faltosos. Utilizamos protocolos para regular o acesso de adulto com HAS a outros níveis. Nossa equipe desenvolve diversas ações como hábitos alimentares saudáveis, controle do peso corporal, estimulação da prática regular de atividade física, também sobre malefício do álcool e tabagismo, diagnóstico e tratamento de problemas clínico geral, sendo a

primeira consulta muito minuciosa com objetivo de identificar outros fatores do risco, avaliar a presença de lesão em órgão alvo, diagnosticar HAS secundária com outra situação clínica que precisa de encaminhamento a outro nível de saúde, exame físico, solicitação de exames de laboratório, que ajuda com o diagnóstico e avaliação do risco e terapêutica certa.

Os atendimentos são registrados em livro de registro, prontuários clínicos e ficha do atendimento nutricional, neste momento não têm ficha de atendimento bucal, estamos na organização de um arquivo para este atendimento. O livro de registro é revisado periodicamente, agora com estratégias de fazer um registro amplo, abrangendo todos os atendimentos. Também ofertamos atendimento aos portadores de DM de forma organizada e planejada em todas as sextas feiras pela manhã, com programação de consultas agendadas em próximo atendimento, ofertando em ocasiões atendimento do usuário fora de área, sem excesso de demanda. Sempre há uma programação de ações educativas, similar em atendimento de HAS, tema planejado e programado em todas as consultas, as palestras antes do atendimento são de grande benefício já que os **usuários** gostam e percebemos o conhecimento em sua alimentação e cuidado.

A equipe de saúde bucal tem o mesmo desempenho à semelhança do que realiza com os usuários com HAS, identificando fatores de risco. A nutricionista desenvolve um papel que nos aporta muita ajuda. Os ACS desenvolvem seu trabalho de maneira similar ao atendimento de HAS, intensificando as visitas domiciliares, identificando fatores de risco com transmissão de informação ao resto da equipe. Dentro das ações desenvolvidas realizamos diagnóstico e tratamento clínico geral com identificação de fatores de risco, avaliando condições de saúde, ofertando orientação de prevenção e reconhecendo sinais de complicações, como interrogatório indagando em histórico familiar, exame físico com todos aspectos importantes em diabético, IMC medidas antropométricas e examine de pulsos, em busca de possível afecção em sistema venoso periférico e sensibilidade em pele. Não fazemos exame de fundo de olho já que não contamos com equipe, um exame físico com uma importância notável que nos permite detectar complicações visuais. Utilizamos protocolos de ministério de saúde (2012). Os usuários são encaminhados a internação hospital quando necessário, em caso de alguma complicação que requeira atendimento a outro nível e encaminhado para as capital do estado. Segundo o caderno de ações programáticas temos um estimado de 177 diabéticos

na área. Comparando com nossa realidade, em nossa UBS até o momento, contamos com 96 diabéticos acompanhados o que equivale a 54% de cobertura em relação ao estimado, **com 14 consultas agendadas em atraso com mais de sete dias para um 15%, 81 exames periódicos em dia para um 84%, com avaliação bucal em dia 84 diabéticos para um 88% sem programação.**

Em nossa UBS realizamos atendimento aos idosos todos os dias da semana, acontecendo nos turnos da manhã, com consulta programada, não fazemos atendimento fora de cobertura só de problemas agudos sem excesso de demanda.

Segundo o caderno de ações programáticas temos um valor estimado de 302 idosos em nossa área, atualmente temos 243 acompanhados (80 % de cobertura se considerar o estimado). Com respeito ao valor estimado, é importante lembrar que nosso cadastramento também está incompleto, então realmente não conhecemos ainda todos os idosos da nossa área. Contamos com 204 idosos com caderneta (84%), a secretaria de saúde, estuda essa situação para que todos os idosos possam ser contemplados.

Todos os idosos acompanhados tem realização do teste de avaliação multidimensional e contamos com 189 consultas em dia onde a maioria são, hipertensos e diabéticos. Cerca de, 78% não possuem um correto seguimento das consultas já que alguns viajam para as áreas rurais por muitos dias, mas os ACS nos mantém informados através do processo de retroalimentação.

Dentre estes idosos, temos 86 hipertensos (36%) e 44 diabéticos (18%) todos com acompanhamento em dia. Todos apresentam avaliação de risco para morbimortalidade e investigação de indicadores na velhice, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis assim como orientação para atividade física regular.

Apresentamos dificuldades com avaliação bucal pois nem todos assistem às consultas, temos uma total de 153 (63%) idosos, a maioria que comparece, tem associação de patologias crônicas. Toda equipe de saúde está envolvida neste atendimento. Entre as ações desenvolvidas estão as imunizações, as quais são realizadas por técnica de enfermagem, tendo em conta que a gripe por influenza pode espalhar em grupo de maior vulnerabilidade, todos os idosos são vacinados contra influenza e antipneumocócica. Os pacientes com limitação em locomoção e outra deficiência são visitados em domicílio e vacinados. Realizamos promoção de

atividade física orientando as muitas vantagens que proporciona, também fazemos diagnóstico e tratamento clínico geral, alcoolismo, obesidade, tabagismo, sedentarismo, promoção de saúde mental e bucal, mas devemos assinalar que estamos trabalhando na formação de grupos de idosos.

Temos que ter em mente que a pessoa idosa tem certas características que devemos cuidar, propiciar-lhe um ambiente cômodo, tranquilo, sem ruídos, ofertando-lhe a possibilidade de compartilhar vivências, situações, com linguagem clara e coerente sem palavras técnicas que podem possibilitar uma interpretação errada. Por quanto a avaliação da Capacidade Funcional Global do idoso, nem sempre é feita, considero já que a avaliação da capacidade funcional é um importante indicador de qualidade de vida dos idosos, sendo um modo de medir sistematicamente, a capacidade dos idosos em desempenhar determinadas atividades e funções. Orientamos sobre as quedas, como preveni-las que constituem um alto índice de redução da capacidade funcional do idoso, muito frequente a fratura de quadril e vértebras causadas por osteoporose. Também nossa equipe orienta aos idosos e familiares como reconhecer sinais de riscos relacionados com problemas de saúde como são HAS, DM e depressão, e esta última reiterando que é um transtorno de impacto negativo na vida do idoso. Temos na UBS um levantamento dos idosos que recebem cuidados domiciliares, como pacientes acamados, com deficiências motoras e visuais. Estes usuarios são visitados com mais frequência.

Um dos grandes desafios que apresentamos em nossa UBS é concluir um cadastramento completo e total da população, com um trabalho unido de forma integral e ativo de todos ACS atuando em áreas não cadastradas, com a incorporação de todos os usuários a programas de atendimento em saúde, garantindo que as coberturas dos programas priorizados, fiquem de acordo com o número de população e avaliados de uma maneira integral e cumprindo com o princípio de universalidade e integridade de SUS, todos com um seguimento e acompanhamento segundo os protocolos estabelecidos pelo ministério de saúde, com o número e controles que precisam exames complementares em dia, com orientações de ações de promoção e prevenção de saúde de forma individual e em grandes coletividades.

Outro desafio é satisfazer as carências de insumos e equipamentos, para ofertar um atendimento de qualidade, satisfazer a população com o acesso rápido a

um nível especializado, confeccionar todos os registros de atendimento com arquivos, com registros que sustente dados amplos para a construção de indicadores para um posterior planejamento, com o objetivo de alcançar metas.

A equipe necessita de organização e planejamento das ações, com um sistema de trabalho programado, com uma melhor qualidade nas condutas clínicas, com a consolidação da equipe de saúde na participação de todas as ações.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Quando comparamos o texto inicial em resposta a “Qual a situação da ESF APS em nosso serviço”, fico impressionada, percebemos que tínhamos pouco conhecimento de nossa UBS e muitos elementos tão primordiais que necessitamos.

Hoje com a redação do relatório de análise situacional, apresentamos de forma mais específica nossas potencialidades e fragilidades, com elementos que sustentam informações profundas, com um conhecimento mais amplo de nossa população e processo de trabalho, com atribuição de cada profissional de saúde, com os protocolos estabelecidos, com atendimento a cada programa de forma organizada, programada e especificada, com parâmetros fundamentais para avaliar. Neste sentido, o curso nos tem permitido compartilhar e conhecer o verdadeiro funcionamento da UBS.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As doenças cardiovasculares são uma das primeiras causas de morte no Brasil e no mundo, onde a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) constituem fatores de risco para estas doenças. Na HAS a prevalência varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Sendo a HAS e diabetes mellitus doenças frequentes em nossa população, responsáveis por processos patológicos, que atentam e comprometem a vida do usuário, como a cardiopatia isquêmica e as enfermidades cardiovasculares. Dessa forma, ações programáticas de HAS e DM constituem-se de um grande avanço para a atenção à saúde dessas pessoas, além ser uma área programática primordial na atenção primária à saúde (BRASIL, 2013).

As condições estruturais da UBS Maria Alice Feijó não são favoráveis, pois temos uma recepção pequena em conjunto com uma sala de espera com extensão de um corredor com cadeiras, com uma sala misturada para a realização de procedimentos de enfermagem, sala onde também se ofertam os medicamentos para os usuários com HAS e DM. Não contamos com sala de reuniões, nem com um local destinado para a realização das atividades de promoção e prevenção de saúde. Existe uma sala odontológica ampla, para ofertar atendimento bucal a todos os usuários, contamos com um consultório amplo com todas as condições para ofertar um atendimento de qualidade, com uma equipe de saúde composta por 15 profissionais de saúde, sendo: um médico, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, oito ACS, uma odontóloga e auxiliar bucal para uma população adstrita de 4716 pessoas.

Possuímos 3773 pessoas (80%) cadastradas na UBS. Temos uma estimativa de 717 hipertensos, tendo 147 hipertensos acompanhados (21%) e 177 diabéticos, tendo 96 diabéticos acompanhados (54%), ofertando uma atenção de qualidade, garantindo a realização de exames complementares, priorizando a prescrição de medicamentos da farmácia popular e avaliação bucal dos hipertensos e diabéticos. Com desenvolvimento de diversas ações de promoção de saúde como palestras em diversas instituições do território, atividades de grupos, promoção de

saúde bucal, visitas domiciliares onde se promove orientações individuais incrementando o nível de conhecimento da população.

Nossa equipe tem como objetivo ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos e melhorar a 100% dos indicadores de qualidade. Todos os membros da equipe tem conhecimento do trabalho de intervenção e estão envolvidos com a tarefa. Os ACS são grandes parceiros para a realização do cadastramento de pacientes hipertensos e diabéticos tendo a identificação de cada família com um planejamento diário de visitas. Sendo assim, temos como objetivo elevar os indicadores do Programa de hipertensos e diabéticos em nossa UBS e assim melhorar o estado destes usuários, ocasionado uma transformação no sistema de trabalho e organização dentro da Estratégia da Saúde da Família.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Maria Alice, Feijó/AC

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

1.1 Cadastrar 50% dos hipertensos de área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da UBS.

1.2 Cadastrar 70% dos diabéticos de área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da UBS.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com os protocolos de saúde.

2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com os protocolos de saúde.

2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados em UBS.

2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados em UBS.

2.7 Realizar avaliação de atendimento odontológico a 100 %dos hipertensos.

2.8 Realizar avaliação de atendimento odontológico a 100 %dos diabéticos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

3.1 Buscar 100 %dos hipertensos faltosos as consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

3.2 Buscar 100 %dos diabéticos faltosos as consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100%dos hipertensos cadastrados na UBS.

4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100%dos diabéticos cadastrados na UBS.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular nos 100 % de hipertensos cadastrados UBS.

5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular nos 100 % de diabéticos cadastrados na UBS.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% de hipertensos na UBS.

6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% de diabéticos na UBS.

6.3 Garantir orientação em relação à atividade física regular a 100% hipertensos em UBS.

6.4 Garantir orientação em relação à atividade física regular a 100% diabéticos em UBS.

6.5 Garantir orientação sobre risco de tabagismo a 100% hipertensos em UBS.

6.6 Garantir orientação sobre risco de tabagismo a 100% diabéticos em UBS.

6.7 Garantir orientação de higiene bucal a 100% hipertensos em UBS.

6.8 Garantir orientação de higiene bucal a 100% diabéticos em UBS.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas, na Unidade de Saúde da Família (USF) Maria Alice, Feijó/AC. Participarão da intervenção o total de 359 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS e 124 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhadas na UBS.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1- Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1 Cadastrar 50% dos hipertensos de área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da UBS.

Meta 1.2. Cadastrar 70 % dos diabéticos de área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da UBS.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção a Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus em a UBS.

Detalhamento: Será implantada uma ficha específica e carteirinha de hipertensos e diabéticos, com uma revisão semanal, por duas técnicas de enfermagem e médico da equipe, para o monitoramento e controle do número dos casos novos de hipertensos e diabéticos, a consolidação dos dados serão avaliados em reuniões de equipe com uma periodicidade quinzenal.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: O enfermeiro da UBS será o responsável por solicitar a Secretária de saúde os registros necessários suficientes e impressos como prontuários clínicos, ficha espelho, ficha de atendimento odontológico, caderneta de hipertensos e diabéticos para o adequado preenchimento dos dados de todos os usuários hipertensos e diabéticos.

Ação: Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM.

Detalhamento: O acolhimento será realizado todos os dias da semana para todos os usuários hipertensos e diabéticos com suspeita, onde todos os profissionais da equipe serão os responsáveis do acolhimento. Os usuários serão recebidos por duas técnicas de enfermagem, onde serão realizados os processos de enfermagem baseando a sistematização da assistência de enfermagem pelo Caderno de Atenção Básica Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do ano de 2013. O local onde ocorrerá o acolhimento será na sala de procedimentos da UBS.

Ação: Garantir os materiais adequados para a tomada da medida de pressão arterial, esfigmomanômetro, fita métrica na UBS.

Detalhamento: O enfermeiro da UBS será os responsáveis por solicitar a Secretaria de Saúde antes da intervenção, materiais adequados suficientes como fita métrica, esfigmomanômetro, com abastecimento contínuo para a aferição de pressão arterial em todos os usuários hipertensos cadastrados.

Ações: Garantir material adequado para a realização do hemoglicoteste na UBS.

Detalhamento: O enfermeiro da UBS será os responsáveis por solicitar a Secretaria de Saúde antes da intervenção, materiais adequados suficientes como fitas reagentes e lancete, com abastecimento contínuo para a realização do hemoglicoteste em todos os usuários diabéticos cadastrados

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS

Detalhamento: Divulgação através de panfletos informativos em UBS e centros institucionais, com apoio de líderes da comunidade e realização de visitas

domiciliares orientando sobre a existência do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica, com a apresentação de um relatório. Os responsáveis serão o médico e enfermeiro, e o local será nas igrejas e em duas escolas da comunidade com tempo de duração de 30 minutos semanais.

Ação: Informar a comunidade sobre de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente.

Detalhamento: Realizar práticas coletivas em instituições locais, como igrejas da comunidade e em duas escolas, com apoio de líderes da comunidade e visitas domiciliares por todos os profissionais de saúde, orientando sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos pelo menos anualmente. Essa prática informativa ocorrerá uma vez por semana com duração de 30 minutos e tendo como responsáveis, o medico e enfermeiro da UBS.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135.80 mmHg.

Detalhamento: Realizar orientação coletiva em instituições locais, como igrejas da comunidade e duas escolas com apoio de líderes da comunidade e visitas domiciliares por todos os profissionais de saúde, orientando sobre a importância de realizar hemoglicoteste em adultos com pressão sustentada maior de 135x80mmHg. A ação será realizada uma vez com duração de 30 minutos tendo como responsáveis o médico e enfermeiro de equipe.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da DM.

Detalhamento: Realizar orientação coletiva com apoio de líderes da comunidade e visitas domiciliares por todos os profissionais de equipe, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da DM, que será realizada na UBS e em instituições da comunidade como as duas escolas e uma igreja, baseada no Caderno de Atenção Básica nº 36 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus, 2013. Os temas abordados serão: obesidade, tabagismo, sedentarismo em pacientes com DM, e os responsáveis serão o médico e enfermeiro tendo duração de 30 minutos e uma vez por semana.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência de UBS.

Detalhamento: Realizaremos capacitações sobre o cadastramento de hipertensos e diabéticos para os oito ACS, realizado uma vez semanal, no consultório de enfermagem da UBS. Essas atividades serão executadas por médico e enfermeiro da equipe onde serão abordados os temas de estratégias para o adequado cadastramento, com uma hora de duração. Material a ser utilizado é o próprio documento de cadastramento.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: Realizar capacitações práticas, com todos os profissionais de equipe com apresentação e discussão do Caderno de Atenção Básica nº 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com – Hipertensão Arterial Sistêmica, através de demonstração prática de aferição de PA, com periodicidade semanal, com uma hora de duração a ser realizado no consultório de enfermagem da UBS, executadas pelo médico e enfermeiro de equipe. Além do Caderno de Atenção Básica, utilizaremos 4 esfigmomanômetro para a demonstração prática .

Ação: Capacitar a equipe da UBS para a realização de hemoglicoteste em adultos com pressão sustentada maior de 130x85 mmHg.

Detalhamento: Realizar capacitações com participação de todos profissionais de equipe, os temas abordados serão: técnica adequada de aferição de PA e realização de hemoglicoteste através de demonstrações práticas com uma hora de duração semanal, executadas por médico e enfermeiro de equipe, local UBS, materiais utilizados: esfigmomanômetros, lancetes, cintas reagentes e glicômetro. Será baseado pelo Caderno de Atenção Básica nº 36 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com Diabetes Mellitus. 2013.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com os protocolos de saúde.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com os protocolos de saúde.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados em UBS.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados em UBS.

Meta 2.7 Realizar avaliação de atendimento odontológico a 100 %dos hipertensos.

Meta 2.8 Realizar avaliação de atendimento odontológico a 100 %dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Implantar a ficha específica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus a todos os hipertensos e diabéticos com realização de exame clínico apropriado em todas as consultas médicas, realizado pelo médico da UBS e triagem pelas duas técnicas de enfermagem, os dados serão consolidados e avaliados em reunião de equipe com periodicidade quinzenal tendo por responsáveis, o médico e enfermeiro da UBS.

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exame de laboratório solicitado de acordo com o protocolo adotado na UBS.

Detalhamento: Implantar a ficha específica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus a todos os usuários hipertensos e diabéticos com realização de exame de laboratório acordo com o protocolo em todas as consultas médicas, realizado por médico da UBS. Os dados serão consolidados e avaliados em reunião de equipe com periodicidade quinzenal, responsáveis serão o médico e enfermeiro da UBS.

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exame de laboratório solicitado de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Com revisão semanal feita pela técnica de enfermagem, os dados serão consolidados e avaliados em reunião de equipe com periodicidade quinzenal, responsáveis médico e técnica de enfermagem.

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos em Farmácia Popular dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Implantar a ficha específica e carteirinha de hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus a todos os hipertensos e diabéticos cadastrados, com preenchimento dos medicamentos indicados em todas as consultas médicas, as informações serão transferidas ao livro de registro, com revisão semanal por técnicas de enfermagem e médico de equipe com consolidação do número de hipertensos e diabéticos com acesso aos medicamentos. Os responsáveis serão o médico e duas técnicas de enfermagem.

Ação: Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam atendimento odontológico.

Detalhamento: Implantar a ficha específica de hipertensos e ficha odontológica a todos os hipertensos e diabéticos cadastrados, com preenchimento da avaliação bucal e procedimentos realizados nas consultas odontológicas, as informações serão transferidas ao livro de registro com revisão semanal pela auxiliar bucal e odontóloga da equipe com consolidação do número de hipertensos e diabéticos com atendimento odontológico semanal avaliadas em reuniões de equipe com periodicidade quinzenal. Os responsáveis serão a odontóloga e auxiliar bucal com apoio das duas técnicas de enfermagem e médico da UBS.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Definir atribuição de cada membro de equipe no exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Se realizará na reunião de equipe, uma vez semanal com participação de todos os profissionais, com discussão do papel que desempenhará cada profissional no exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos baseado no Caderno de Atenção Básica nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus 2013. Será executada pelo médico e enfermeiro de equipe, na UBS com duração de uma hora.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Detalhamento: Realizar reunião de equipe com a participação de todos os profissionais da UBS, com discussão das propostas do cronograma das capacitações de acordo com os protocolos adotados pela UBS, executadas pelo enfermeiro e médico de equipe, frequência semanal, local UBS, material utilizado para a organização: Caderno de Atenção Básica nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus 2013.

Ação: Estabelecer periodicidade para a atuação dos profissionais.

Detalhamento: Realizaremos reunião de equipe com a participação de todos os profissionais de equipe, onde cada profissional será informado sobre sua periodicidade de atuação na intervenção, local UBS, frequência semanal e com duração de uma hora a ser executados pelo médico e enfermeiro de equipe.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impresso na UBS.

Detalhamento: O enfermeiro da equipe solicitará à Secretaria Municipal de Saúde a impressão do Caderno nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa Hipertensão Arteriais Sistêmicas e Diabetes Mellitus 2013, para os 15 profissionais de saúde, com entrega antes do processo capacitação.

Ação: Garantir a solicitação de exames complementares dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O médico da UBS, realizará solicitação de exames complementares a todos os hipertensos e diabéticos como dosagem de glicose, colesterol total e HDL, triglicerídeos, creatinina, urina tipo 1, dosagem do potássio, cálculo do LDL , solicitado de acordo a periodicidade e segundo a classificado do risco e particularidades de cada paciente nas consultas realizadas todas as quartas e sextas -feiras e visitas domiciliares nas segundas-feiras no turno da manhã, responsável será o médico da equipe.

Ação: Garantir com o gestor Municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos do protocolo.

Detalhamento: O enfermeiro da UBS solicitará a secretaria de saúde para estabelecer coordenação com diretor do Hospital do Município para processo

agilizar a realização dos exames complementares definidos do protocolo de saúde, com probabilidade de 10 vagas diárias disponíveis para nossa UBS, antes da intervenção.

Ação: Estabelecer sistema de alerta dos exames complementares indicados.

Detalhamento: Implantar a ficha específica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus a todos os hipertensos e diabéticos em consultas médicas, realizadas todas as quartas e sextas feiras e visitas domiciliares todas as segundas feiras pelo médico da UBS, com prescrição de exames complementares, a data e resultados serão passados ao livro de registro com uma revisão semanal pelas técnicas de enfermagem e médico da UBS estabelecendo um sistema de alerta de possíveis irregularidades.

Ação: Realizar controle de estoque de medicamentos dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O auxiliar de enfermagem será o responsável de estoque de medicamentos com uma revisão diária de todos os medicamentos dos usuários hipertensos e diabéticos em existência, com detecção precoce de probabilidade de déficit, solicitando ao enfermeiro da UBS quatro dias antes o pedido para Secretaria de Saúde.

Ação: Manter um registro da necessidade de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados.

Detalhamento: O auxiliar de enfermagem realizará uma planilha em versão eletrônica de entrada e saída de medicamentos dos usuários hipertensos e diabéticos com os seguintes dados: nome do usuário, endereço, idade, micro área, nome de medicamentos, quantidade de medicamentos entregues por mês com uma classificação dos medicamentos onde consolidará o número de total de medicamentos utilizados, com a confecção do pedido do mês seguinte superior a demanda identificada, o pedido será entregue, revisado e firmado pelo enfermeiro da UBS com a posterior solicitações a Secretaria de saúde.

Ação: Organizar as ações para avaliação de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, organizar agenda de saúde bucal, para a realização do atendimento, proveniente de avaliação bucal das necessidades de atendimento odontológico.

Detalhamento: Ao concluir as consultas médicas os usuários agendaram consultas odontológicas, programada para avaliação bucal com 5 vagas diárias , com um total de 25 vagas semanais. Os responsáveis serão a odontóloga e auxiliar bucal do UBS.

Engajamento público

Ação: Orientar aos usuários e a comunidade quanto a riscos de doenças cardiovasculares neurológicas decorrentes da hipertensão e Diabetes Mellitus sobre a importância de os pés, pulsos e sensibilidade extremidades, avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Realizaremos durante as consultas médicas, visitas domiciliares e palestras, orientação aos usuários e à comunidade, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e Diabetes Mellitus sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Ação de periodicidade semanal na UBS, domicílio e instituições como igreja e duas escolas da comunidade, com apoio de líderes da população e participação de cada ACS segundo o micro área. Os responsáveis serão o médico e enfermeiro da equipe, baseado no Caderno nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus 2013, . Outros materiais a serem utilizados serão os panfletos demonstrativos com ACV e insuficiência venosa periférica.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realizar exames complementares.

Detalhamento: Realizaremos essas orientações em consultas médicas, visitas domiciliares e palestra em instituições da comunidade como igreja e escolas, por todos os profissionais da equipe com apoio de líderes da comunidade, orientando da importância do exame complementar. Os temas abordados serão exames complementares em hipertensos e diabéticos para prevenção de complicações e os responsáveis pela ação, serão o médico e enfermeiro com base no Caderno nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Ação: Orientar aos usuários e a comunidade quanto à periodicidade que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Realizaremos essas orientações em consultas médicas, visitas domiciliares e palestra em instituições da comunidade como igreja e escolas, por todos os profissionais da equipe com apoio de líderes da comunidade, orientando da importância do exame complementar. Os temas abordados serão exames complementares em hipertensos e diabéticos para prevenção de complicações e os responsáveis pela ação, serão o médico e enfermeiro com base no Caderno nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Ação: Orientar a os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, e possíveis alternativas para obter esse acesso.

Detalhamento: Orientando aos usuários e a comunidade, com apoio do líderes, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia em UBS disponíveis todos os dias a semana, com horário de 7:30h da manhã a 17:00h à tarde, na UBS e até 19:00h da noite. Farmácia Municipal de Secretaria de Saúde. Os ACS em cada micro área colocarão panfletos informativos nas instituições da comunidade com maior fluxo de pessoal, com responsabilidade desta tarefa, com participação de todos os profissionais de equipe.

Ações. Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação bucal dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Todos os profissionais da equipe orientarão os usuários hipertensos diabéticos e a comunidade sobre a importância da avaliação bucal. Os temas abordados serão: detecção de doenças bucais prévias e adequada higiene bucal. Ação se dará em consultas de hiperdia, visitas domiciliares e palestra em instituições da comunidade local como igrejas e as duas escolas, a ser executadas pela odontóloga e auxiliar bucal semanalmente, com apoio de líderes. Como materiais, utilizaremos maquetes com demonstração de técnica adequada de escovação e cada ACS será o responsável da divulgação da informação em cada área a que pertence.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Realizaremos capacitação com a participação de todos os profissionais de equipe, pelo médico da UBS, com uma frequência semanal, local consultório de enfermagem da UBS, duração 1 hora os temas abordados serão exames clínico adequado em pacientes hipertensos e diabéticos, através de discussão e debates depois de estudo prévio do tema, sustentada pelo Caderno nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus . 2013

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adaptado na UBS para a solicitação de exame complementares.

Detalhamento: Realizar capacitações com todos os profissionais da UBS a discussão com base no Caderno nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, 2013 com periodicidade semanal, local UBS, executadas pelo médico e enfermeiro da equipe, os temas abordados serão: principais exames complementares em usuários hipertensos e diabéticos, com periodicidade segundo os protocolos, com prévio estudo do tema antes da capacitação.

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Realizar capacitações com todos os profissionais de saúde da UBS com discussão do Caderno nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica página 57 a 70 e Diabetes Mellitus da página 50 a 60 , 2013, com estudo antecipado ,com uma periodicidade semanal, com uma hora de duração na UBS, executadas por médico da UBS. Os temas abordados serão: principais medicamentos utilizados em HAS e DM, algumas reações adversas, através de discussão e debate.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: Capacitar e orientar a todos os profissionais de equipe a disponibilidade de medicamentos para todos os usuários hipertensos e diabéticos, com apresentação da carteirinha. A capacitação será realizada na UBS, com uma só

frequência semanal com uma duração de 30 minutos, executada pelo médico e enfermeiro da equipe.

Ação: Capacitar a equipe sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Realizaremos uma capacitação sobre a necessidade de avaliação odontológica em todos os usuários hipertensos e diabéticos, para todos os profissionais da equipe a ser realizada pela odontóloga da UBS com um estudo antecipado antes da capacitação através de discussão e debate, os temas abordados serão: principais doenças bucais em hipertensos e diabéticos, prevenção, baseado no Caderno nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica pagina 107 e Diabetes Mellitus pagina 138 a 145 , 2013. A ação ocorrerá na UBS uma vez por semana.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1- Buscar 100% dos hipertensos faltosos as consultas na UBS conforme a periodicidade de as consultas.

Meta 3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos as consultas na UBS conforme a periodicidade

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade da consulta de hipertensos e diabéticos prevista no protocolo (Consultas em dia).

Detalhamento: Implantar uma ficha de atendimento específica a todos os hipertensos e diabéticos, em todas as consultas médicas com a prescrição de data de consultas e data de retorno todas as semanas pelo médico da UBS. Posteriormente, os dados serão transferidos ao livro de registro com uma revisão semanal por duas técnicas de enfermagem, com identificação de pacientes faltosos e com consulta em dia. Os dados serão consolidados e avaliados em reunião de equipe com periodicidade quinzenal.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os usuários hipertensos e diabéticos faltosos.

Detalhamento: Todos os profissionais realizarão a busca ativa dos usuários faltosos com uma periodicidade diária pelos ACS, e pelo resto da equipe todas as terças-feiras em turno da manhã.

Ação: Organizar agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes da busca domiciliar.

Detalhamento: Em reunião a equipe se confeccionará um cronograma, com um planejamento coordenado com a quantidade de usuários hipertensos e diabéticos, para acolher provenientes da busca ativa domiciliar, os responsáveis da ação serão a equipe de enfermagem e ACS.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância da realização da consulta.

Detalhamento: Realizaremos palestras em instituições da comunidade, tais como a igreja e duas escolas, também em visitas domiciliares e consultas médicas a todos os hipertensos faltosos com a participação de todos os profissionais de saúde. Os temas abordados serão o adequado controle da hipertensão, diabetes e suas complicações. Tendo como responsável o médico da área, de frequência semanal e duração de 30 minutos.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias de não ocorrer evasão dos hipertensos e diabéticos e esclarecer aos portadores e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização da consulta.

Detalhamento: Em espaços como as consultas médicas, visitas domiciliares e palestras e em instituições da comunidade, como igreja e escola, falaremos sobre a importância da periodicidade sistemática das consultas de hipertensos e diabéticos, buscaremos levantar estratégias para lidar com a evasão dos mesmos. Como materiais, utilizaremos panfletos com ilustrações. Ação contará com toda a equipe em coordenação do médico.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para orientações de hipertensos e diabéticos quanto a realizar a consulta e sua periodicidade.

Detalhamento: Realizar capacitações com ACS da equipe para orientar aos hipertensos e diabéticos, quando realizar a consulta e sua periodicidade onde os temas abordados terão como base, os protocolos estabelecidos e o Caderno nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença

crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus 2013. Com participação de toda equipe de saúde por uma hora semanal.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS.

Detalhamento: Monitoraremos todos os registros de atenção a usuários hipertensos acompanhados, com uma revisão semanal, com a identificação de todos os procedimentos tendo como responsáveis o médico e as duas técnicas de enfermagem. Com avaliação dos registros apresentados na reunião de equipe com periodicidade quinzenal.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Manter o SIAB atualizado e Implantar ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Implantaremos uma ficha de acompanhamento em todos os atendimentos dos usuários hipertensos e diabéticos, com dados geral do usuário, a data de consulta, profissional que executa, PA, peso, IMC, risco, exame físico, exame de pé, exames, resultados, medicamentos indicados, quantidade, orientação nutricional, prática de exercícios físicos, tabagismo, avaliação bucal, data de retorno da próxima consulta, com preenchimento pelo médico e enfermeiro da UBS.

Ação: Pactuar com a equipe o registro de informação.

Detalhamento: Realizaremos reunião de equipe na UBS, com a participação de todos os profissionais da equipe coordenado pelo enfermeiro, onde se definirão os registros a serem utilizados nos atendimentos dos hipertensos e diabéticos acompanhados, sendo: prontuários clínicos, ficha odontológica, carteirinha de hipertenso, planilha eletrônica e impressa de medicamentos.

Ação: Definir responsáveis pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Durante a reunião de equipe, com a participação de todos os profissionais da equipe, definiremos o médico da UBS como responsável pelo monitoramento dos registros, com apoio das duas técnicas de enfermagem, onde haverá monitoramento semanal dos registros.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Durante a reunião de equipe se estabelecerá a revisão do livro de registros com uma periodicidade semanal, com identificação de procedimentos em atrasos, pacientes hipertensos e diabéticos faltosos com retorno programado, hipertensos e diabéticos de risco, com a transferência da informação a ACS e restante da equipe, para a execução de todas as ações em até 3 dias. Os responsáveis serão o médico e as duas técnicas de enfermagem.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Informar a comunidade e usuários hipertensos e diabéticos através de consultas e visitas domiciliares, com a participação de todos os profissionais de saúde e apoio de líderes da comunidade, sobre seus direitos e a importância de manutenção de seus registros de saúde. Toda a equipe estará responsável por esta ação.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas e de todos os registros necessários.

Detalhamento: Será realizada capacitação prática, onde se apresentará a ficha específica de hipertensos e diabéticos e livro de registro a utilizar na intervenção, com todos os procedimentos clínicos estabelecidos para a atenção, com discussão e debate de possíveis propostas de ampliação, executado pelo médico da equipe, a ser realizado na UBS semanalmente por 30 minutos, tendo por base o Caderno nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da

pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, 2013.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1- Realizar a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular nos 100% de diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Através do preenchimento da ficha específica de hipertensos e diabéticos, executada por médico e enfermeiro da UBS e avaliadas em reunião de equipe com periodicidade quinzenal.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: Todos os usuários de alto risco serão identificados e priorizados, recebendo atendimento com uma periodicidade mais intensa onde ao concluir cada consulta, eles serão agendados de forma imediata para próxima consulta com data de retorno e com visitas domiciliares com periodicidade mensal por todos os profissionais da equipe.

Ação: Organizar agenda para atendimento desta demanda.

Detalhamento: Todos os usuários de alto risco serão identificados como de maior probabilidade de complicações e teremos disponíveis vagas todas as quartas e sextas feiras para paciente faltoso e de alto risco em situações imprevistas, sendo responsáveis o médico e enfermeiro da UBS.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: Todos os usuários hipertensos e diabéticos serão orientados sobre seu nível de risco com a periodicidade de assistência a consulta segundo o risco identificado, descrevendo as principais complicações desencadeantes, sendo

responsáveis o médico e enfermeiro da equipe. Orientação se dará nas consultas e nos espaços coletivos na comunidade, semanalmente.

Ação: Esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de riscos modificáveis.

Detalhamento: Todos os usuários hipertensos e diabéticos e comunidade serão orientados em consultas realizadas na UBS, todas as quartas e sextas feiras e em visitas domiciliares todos os dias sobre controle de fatores de risco modificáveis como obesidade, hábito de fumar, sedentarismo, e como modificá-lo, tendo como responsáveis o médico e o enfermeiro da UBS.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar a estratificação de risco segundo o escore de framingham ou de lesão em órgãos alvo.

Detalhamento: Realizar capacitações para todo os profissionais da equipe para identificar o risco segundo o escore framingham com estudo prévio de tema antes da capacitação, tendo como responsáveis o médico e o enfermeiro da equipe através de discussão e debate com base no Caderno nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, 2013. Encontros semanais de 30 minutos cada.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: Realizar capacitações com todos os profissionais de saúde sobre a importância dos registros desta avaliação, realizaremos uma apresentação da ficha, com livro de registro, identificando a classificação de risco. Executadas pelo médico e enfermeiro da UBS, com base no caderno nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Encontros semanais de 30 minutos cada.

Ação: Capacitar a equipe quanto estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Realizar capacitações sobre identificação, controle e orientações dos fatores de risco modificáveis, como obesidade, hábito de fumar e sedentarismo, com um estudo prévio do tema antes da capacitação, através de

discussão e debates, baseado no caderno nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, 2013. Executadas pelo médico e enfermeiro de equipe, com encontros semanais de 30 minutos cada.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% de hipertensos na UBS.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% de diabéticos na UBS.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à atividade física regular a 100% hipertensos em UBS.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à atividade física regular a 100% diabéticos em UBS.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre risco de tabagismo a 100% hipertensos em UBS.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre risco de tabagismo a 100% diabéticos em UBS.

Meta 6.7 Garantir orientação de higiene bucal a 100% hipertensos em UBS.

Meta 6.8 Garantir orientação de higiene bucal a 100% diabéticos em UBS.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Monitoraremos através de ficha específica de acompanhamento todos os usuários hipertensos e diabéticos com orientação de alimentações saudável, transferidas ao livro de registro com revisão semanal por duas técnicas de enfermagem, avaliadas em reunião de equipe com periodicidade quinzenal, com responsáveis pelo monitoramento o médico e o enfermeiro de equipe.

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Monitoraremos através de ficha específica de acompanhamento, todos os usuários hipertensos e diabéticos com orientação para

atividade física regular, transferidas ao livro de registro com revisão semanal por duas técnicas de enfermagem, avaliadas em reunião de equipe com periodicidade quinzenal.

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Monitoraremos através de ficha específica de acompanhamento, todos os usuários hipertensos e diabéticos sobre orientações do risco do tabagismo, transferidas ao livro de registro com revisão semanal por duas técnicas de enfermagem, avaliada em reunião de equipe, com periodicidade quinzenal, tendo como responsáveis do monitoramento o médico e enfermeiro da equipe.

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Monitoraremos através de ficha específica de acompanhamento, todos os usuários hipertensos e diabéticos, sobre a realização de orientação de higiene bucal, transferidas ao livro de registro com revisão semanal, por duas técnicas de enfermagem, avaliadas em reunião de equipe com periodicidade quinzenal, tendo por responsáveis de monitoramento o médico e enfermeiro da equipe.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Organizar prática coletiva sobre orientação de alimentação saudável.

Detalhamento: As práticas coletivas serão organizadas todas as quartas e sextas feiras, antes do atendimento aos usuários hipertenso e diabético, com uma duração de 30 minutos, nos dois turnos, os locais utilizados serão as igrejas, duas escolas da comunidade e UBS, com a participação de todos os profissionais da equipe, coordenados por enfermeiro, médico e nutricionista onde utilizaremos meios de ensino como panfletos ofertados pela Secretaria de saúde

Ação: Organizar prática coletiva sobre orientação de atividade física.

Detalhamento: As práticas coletivas serão organizadas todas as quartas e sextas feiras, antes do atendimento ao usuário hipertenso e diabético, com uma duração de 30 minutos nos dois turnos, a ser realizadas nas igrejas, escolas da

comunidade e na própria UBS, com a participação de todos os profissionais da equipe. Responsável será o médico e o enfermeiro.

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

Detalhamento: O enfermeiro da equipe, por meio de um documento firmado, realizará a solicitação para a Secretaria Municipal de Saúde, em coordenação com órgão gestor (Prefeitura) para a compra de medicamentos para tratamento de abandono de tabagismo em usuários hipertensos e diabéticos.

Ação: Organizar tempo médio de consulta com finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Serão organizados atendimentos odontológicos para hipertensos e diabéticos todos os dias com cinco vagas diárias, e se estabelecerá uma disponibilidade de 50 minutos diários para ofertar orientações individuais a cada paciente, distribuídos em 10 minutos por cada paciente, tendo por responsáveis a odontóloga e auxiliar bucal.

Engajamento público

Ação: Orientar aos hipertensos e diabéticos e suas familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Todos os hipertensos e diabéticos receberão em consultas médicas e enfermagem, orientação sobre alimentação saudável, também em visitas domiciliares realizadas pelos demais profissionais da equipe. Os temas abordados serão: os dez passos para alimentação saudável e sua importância, com participação de toda equipe de saúde, com duração de 30 minutos, executadas pelo médico, enfermeiro e nutricionista do município, a ser realizado na UBS, igrejas e escolas da comunidade. Utilizaremos meios de ensino como panfletos.

Ação: Orientar a hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física.

Detalhamento: Todos os hipertensos e diabéticos receberão orientação em consultas médicas e de enfermagem todas as quartas e sextas feiras, e também em palestras antes de cada atendimento. Os temas abordados serão sobre a importância da prática de atividade física, exercícios aeróbios e anaeróbios, com base através de debates e discussão, com participação de toda equipe de saúde,

com duração de 30 minutos, executadas por médico e enfermeiro na UBS, igrejas e escolas da comunidade.

Ação: Orientar aos hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Todos os hipertensos e diabéticos tabagistas receberão em consultas médicas e de enfermagem na UBS, em visitas domiciliares realizadas por todos os profissionais de equipe e em palestras antes do atendimento, orientação sobre a existência de um tratamento para abandonar o tabagismo, com uma duração de 30 minutos, pelo médico e enfermeiro da equipe.

Ação: Orientar aos hipertensos diabéticos e família sobre a importância de higiene bucal.

Detalhamento: Todos os usuários hipertensos e diabéticos receberão orientações sobre a importância da higiene bucal através de consultas médicas, odontológicas, visitas domiciliares realizadas por todos os profissionais de equipe e palestras realizadas antes do atendimento com uma duração de 30 minutos, uma vez semanal, executadas pelo médico, enfermeiro e odontóloga, os temas abordados serão: escovação adequada, técnica e principais doenças bucais produto de uma má higiene bucal, utilizaremos como meio de ensino, panfletos.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre a prática da alimentação saudável.

Detalhamento: Realizaremos capacitações sobre alimentação saudável com a participação de todos os profissionais de equipe, os temas abordados serão os dez passos para alimentação saudável em usuários hipertensos e diabéticos, com estudo prévio antes da capacitação, em forma de discussão e debate, baseado no caderno nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica página 84, Diabetes Mellitus, 2013, página 112, executadas pelo médico e enfermeiro da equipe, 1 vez na semana, duração 30 minutos local UBS.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Realizaremos capacitações sobre promoção da prática de atividade física regular, com a participação de todos os profissionais de equipe, com estudo prévio antes da capacitação, em forma de discussão e debate, com base no caderno nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, 2013. Tendo como responsáveis o médico e enfermeiro da equipe, uma vez na semana com duração 30 minutos na UBS.

Ação: Capacitar à equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: Realizaremos capacitações, com todos os profissionais de saúde, sobre a existência de um tratamento para abandono do tabagismo, de responsabilidade do médico e enfermeiro da equipe, semanalmente com uma duração de 30 minutos na UBS.

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Realizaremos capacitações sobre orientações de higiene bucal com a participação de todos os profissionais da equipe, com estudo prévio antes da capacitação, em forma de discussão e debate, executadas por odontóloga da equipe, semanalmente com duração de 30 minutos na UBS.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS.

Numerador. Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador. Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 70% dos diabéticos de área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador. Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador. Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador. Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador :Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador. Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementários em dia de acordo com os protocolos de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador. Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementários em dia de acordo com os protocolos de saúde.

Indicador. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador. Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados em UBS.

Indicador. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador. Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador. Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados em UBS.

Indicador. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador. Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador. Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7. Realizar avaliação de atendimento odontológico a 100% dos hipertensos.

Indicador. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador. Número de hipertensos com avaliação da de atendimento odontológico.

Denominador. Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Realizar avaliação de atendimento odontológico a 100 % dos diabéticos.

Indicador. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador. Número de diabéticos com avaliação da de atendimento odontológico.

Denominador. Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos as consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador. Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador. Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2. Buscar 100 %dos diabéticos e diabéticos faltosos as consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador. Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador. Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100%dos hipertensos cadastrados.

Indicador. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador. Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador. Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados.

Indicador. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador. Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador. Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular nos 100 % de hipertensos.

Indicador. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

Numerador. Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador. Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular nos 100 % de diabéticos.

Indicador. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

Numerador. Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador. Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudáveis a 100% de hipertensos em UBS.

Indicador. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador. Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% de diabéticos em UBS.

Indicador. Proporção diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador. Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação a atividade física regular a 100% hipertensos em UBS.

Indicador. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador. Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador. Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação a atividade física regular a 100% diabéticos em UBS.

Indicador. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador. Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador. Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre risco de tabagismo a 100% hipertensos em UBS.

Indicador. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo

Numerador. Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador. Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre risco de tabagismo a 100% diabéticos em UBS.

Indicador. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo

Numerador. Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador. Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7. Garantir orientação de higiene bucal a 100% hipertensos em UBS.

Indicador. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal

Numerador. Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador. Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. Garantir orientação de higiene bucal a 100% diabéticos em UBS.

Indicador. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal

Numerador. Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador. Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Adotaremos o Caderno de Atenção Básica para Hipertensão e diabetes publicado pelo Ministério da Saúde 2013, utilizaremos também a ficha espelho de hipertensão e diabetes, disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da Família e estimamos alcançar com a intervenção 359 Hipertensos (50%) e 124 Diabéticos (70%). A equipe coordenará com Secretaria de Saúde para dispor de um total de 483 fichas espelhos, de acordo com as necessidades em cada grupo já descrito, em caso de ser necessário ficha complementar, o médico e a enfermeira serão os responsáveis pela elaboração com dados tirados da ficha espelho, vindo com Secretaria de Saúde a impressão das fichas complementares as quais serão anexadas na ficha espelho. Para o acompanhamento mensal será implantada uma planilha para a coleta de dados disponibilizada pelo o curso de especialização.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira e o médico revisarão o livro de registro identificando todos os hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS, com localização dos 147 prontuários de hipertensos e 96 de diabéticos acompanhados na UBS, com transcrição de toda informação precisa na ficha espelho e complementar, realizando o primeiro monitoramento e identificando as consultas e exames complementares em atraso segundo os protocolos estabelecidos, hipertensos faltosos com retorno programado e entre outros aspectos.

Para o monitoramento da intervenção, será feito uma revisão semanal das fichas espelhos pelas duas técnicas de enfermagem identificando número de usuários faltosos, atrasos em consultas, segundo os protocolos de saúde, número de usuários com exames complementares em atraso, dificuldade de entrega de todos os medicamentos indicados, número de usuários sem comparecer ao atendimento odontológico, classificação de risco e verificação das ações de promoção executadas.

Os agentes comunitários de saúde, serão responsáveis da busca ativa de todos os usuários faltosos e usuários que não tem realizado as ações e procedimentos identificados e já descritos, com retorno planejado e organizado, estimamos que 31 usuários semanais, um total de 124 usuários ao mês para usuários hipertensos, e 11 usuários semanais para um total de 44 usuários ao mês para diabéticos, com agendamento segundo a necessidade do usuário e conveniência de horário, implantando com 10 vagas semanais disponíveis para hipertensos todas as quartas feiras, nos dois turnos, divididas em cinco pela manhã e cinco à tarde e seis vagas disponíveis para diabéticos todas as sextas-feiras em turno da manhã, para consultas em atraso provenientes de busca ativa, **com 2 vagas disponíveis em cada turno, para demanda espontânea em situações imprevistas.** Ao final de cada mês, estas informações serão coletadas em uma planilha eletrônica disponíveis na UBS ao mesmo tempo monitorando a qualidade dos registros avaliados em todas as reuniões de equipe, com apresentação de um relatório realizado por médico e enfermeiro da UBS, com a construção dos indicadores alcançados e os pendentes ao alcançar.

Cada membro da equipe terá suas atribuições especificadas conforme protocolo - manual de normatização do serviço de atenção ao usuário hipertenso e diabético. Os agentes comunitários uma vez que fiquem capacitados realizarão

busca ativa, cadastramento, acompanhamento e educação em saúde aos hipertensos e diabéticos, através de visitas domiciliares realizadas todos os dias.

O enfermeiro da UBS ficará responsável pela consulta de enfermagem com foco na avaliação de saúde, riscos, educação em saúde e saúde bucal, a auxiliar de enfermagem realizará aferição de sinais vitais e participará nas atividades educativo-preventivas. O médico realizará as consultas médicas com exame físico apropriado, solicitação de exames complementares, avaliação de risco e prescrição de medicamento, e todas as orientações de promoção segundo os protocolos estabelecidos, todos os pacientes ao terminar a consulta terão consulta programada para o próximo atendimento, serão entregues os medicamentos em UBS, em sala de procedimentos de enfermagem, com periodicidade mensal, pelo auxiliar de enfermagem, o qual ficará responsável pelo estoque de medicamentos, com uma planilha de entrada e saída de medicamentos, com um sistema de alerta avaliando medicamentos em existência e probabilidade de déficit, com revisão diária.

Estabeleceremos um mecanismo de abastecimento de medicação com probabilidade para secretaria de saúde, no momento detectado. Também todos os fins de mês, se entregará a secretaria de saúde a necessidade de medicamento acorde a demanda, com um abastecimento todos os princípios de cada mês seguinte.

Todos os usuários terão sua avaliação bucal, com uma agenda elaborada em conjunto com a equipe odontológica com disponibilidade de cinco vagas todos. Os dias para pacientes hipertensos e diabéticos, perto das consultas médicas tenham seu agendamento programado para avaliação bucal. O material necessário para os procedimentos de nossa intervenção será garantido pela Secretaria Municipal de Saúde, com o abastecimento de mais de 400 cintas reagentes e lanceta para a realização do hemoglicotestes.

A estruturação de acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos serão da seguinte forma: todos os usuários com suspeita de hipertensão e diabetes. Serão acolhidos nos mesmos turnos para ampliar o número de pacientes hipertensos e diabéticos, acompanhados a esse atendimento, será realizado pela equipe de enfermagem na sala de procedimentos da UBS, onde serão realizados os processos de enfermagem e sustentados a sistematização da assistência de enfermagem pelo Cadernos de Atenção Básica, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus 2013.

Serão priorizados os usuários com hipertensão e diabetes avaliados como alto risco, com atendimento imediato todos os hipertensos e diabéticos que procuram na UBS. Serão agendados com consultas no máximo de 3 dias, teremos para este programa um total de 31 vagas para hipertensos, todas as quartas feiras nos dois turnos e para diabéticos 11 vagas no turno da manhã todas as sextas feiras, também temos previstos a chegada de usuários com intercorrências clínicas e contaremos **com duas vagas para atendimento a demanda espontânea.**

Para sensibilizar a comunidade, realizaremos contato com representantes da comunidade e associação de moradores, com apoio dos ACS, **com divulgação da intervenção em toda a comunidade através de panfletos colocados em instituições da comunidade, com apoio da Secretaria de saúde na impressão, de 24 panfletos colocados 3 por cada micro-área**, onde apresentaremos o projeto em duas escolas e em outras instituições da comunidade esclarecendo sobre o programa de Atenção a Diabetes Mellitus e hipertensão.

Os agentes comunitários uma vez capacitados, serão os grandes parceiros destas ações nas visitas domiciliares diárias e nas terças feiras de manhã pelos profissionais de saúde, com orientação individual a cada família e usuários hipertensos e diabéticos, todos os usuários tabagistas serão informados acerca do tratamento e fomentar o apoio familiar.

Antes de iniciarmos a intervenção, todos os profissionais da UBS, passarão por uma capacitação de como serão desenvolvidas as ações, assim como planejaremos um cronograma, com as ações a serem desenvolvidas, sendo dividido em 12 semanas. As reuniões serão todas as sextas-feiras, com duração de duas horas, no turno da tarde, coincidindo com a reunião de equipe. Como a unidade não tem sala de reunião, as mesmas acontecem no consultório médico, local mais espaçoso e de melhor conforto da UBS. Os responsáveis desta atividade serão o médico e a enfermeira da equipe, com base nos Cadernos nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, 2013.

Disponibilizamos de 16 Cadernos impressos pela Secretaria saúde e todos os computadores terão disponibilizados em formato digital os Cadernos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, para um processo de estudo independente. Cada profissional estudará uma parte planejada, segundo cronograma e será exposta para todos os membros da equipe, com execução de temas

específicos como aspectos odontológicos e nutricionais sempre com intervenções da equipe. Estabeleceremos um sistema discussão, debates e retroalimentação entre os profissionais estabelecendo verificação dos conhecimentos obtidos. Com o objetivo de alcançar um trabalho com sucesso e alcançar o resultado previsto

2.3.4 Cronograma

[illegible]

[illegible]

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Na intervenção desenvolvida na UBS Maria Alice, Feijó/AC, o grupo prioritário escolhido foi HAS e DM. A equipe que realizou o trabalho árduo e significativo, durante 12 semanas, as ações foram desenvolvidas segundo o cronograma estabelecido.

Para o cumprimento dos objetivos propostos, foi monitorado e avaliado em todas as reuniões de equipe, quinzenalmente, o levantamento da necessidade dos materiais para a intervenção e solicitados aos gestores, como: prontuários clínicos, registros de cadastros, ficha espelho, ficha de atendimento odontológico, caderneta de HAS e DM, material e insumos como medicamentos, fita métrica, esfigmomanômetro, fitas reagente e lancete, com abastecimento contínuo. Melhoramos o acolhimento de todos os usuários na UBS e definimos atribuição de cada profissional. Também foi realizada capacitação de todos os profissionais da equipe de saúde da UBS sobre os protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, aproveitando o momento e feito estabelecimento do papel de cada profissional nas ações programáticas, capacitando-os também sobre a realização de busca ativa dos faltosos, como realizar o registro adequado das informações, oportunizando o tempo e planejando as atividades educativas.

Foi feita a incorporação das lideranças da comunidade com uma interação ativa e grande apoio à intervenção.

Realizamos cadastro de 409 (57%) usuários portadores de hipertensão e 164 (92,7%), portadores de diabetes mellitus. Sendo oferecido atendimento clínico de hipertensão arterial sistólica e diabetes mellitus continuamente, sendo realizado rastreamento com tomada da pressão arterial sustentada maior que 135x80 mmHg e realização de hemoglicoteste à todos os usuários maiores de 18 anos.

Todos os registros foram implantados, com responsabilidade das técnicas, enfermeira e a médica da UBS. Foi feita a retroalimentação da ficha espelho dos usuários e monitoramento da intervenção, assim como detecção dos usuários faltosos e realização da busca ativa dos mesmos. Feita revisão do controle de estoque (incluindo validade) de medicações. Também foram realizadas avaliação bucal e atendimento odontológico de hipertensos e diabéticos.

Apresentamos dificuldades já que não contamos com um local adequado para a realização das palestras, mais a equipe enfrentou o desafio, utilizando o consultório médico antes de começar os atendimentos para desenvolver promoção de saúde. Ainda não conseguimos a garantia da disponibilização total dos medicamentos para controle de hipertensos e diabéticos na área, porque não tem conseguido que a secretaria municipal forneça as necessidades mensais. Também não conseguimos realizar uma agenda compartilhada com o odontólogo para viabilização do atendimento.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Dentro das ações previstas não desenvolvidas, não conseguimos a garantia da disponibilização total dos medicamentos para controle de hipertensos e diabéticos na área, porque não tem conseguido que a secretaria municipal forneça as necessidades mensais. Também não conseguimos realizar uma agenda compartilhada com o odontólogo para viabilização do atendimento.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Com o andamento da intervenção foram aperfeiçoadas as ações de coletar os dados com a ajuda da orientadora do curso, com grande apoio dos instrumentos utilizados, como fichas espelho no fortalecimento de todas as informações individuais dos usuários hipertensos e diabéticos, transcritas ao livro registro geral, ampliado do Programa de HAS e DM, com equipe capacitada, com um sistema de registro viável, os diários de intervenção e os elementos fotografias, forneço com grande profundidade a coleta de todas as

informações durante o desenvolvimento da intervenção, o qual condicionou resultados significativos.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações desenvolvidas durante a intervenção estão integradas à rotina da UBS, e será continuada no dia a dia, garantindo um aumento da cobertura do Programa de HAS e DM na UBS. A adesão de usuários com mobilidade, são orientados a continuar acompanhamento regular segundo os protocolos, e assim dedicar mais tempo as atividades educativas no âmbito de higiene bucal, sensibilizando usuários e garantindo mudanças de estilos de vida da comunidade. A intervenção fortaleceu o vínculo entre a equipe e a comunidade, transformou o processo de trabalho, qualificando a equipe.

Todas as semanas, aconteceram reuniões de equipe para monitoramento e avaliação do processo de trabalho. Estes contatos semanais já são considerados rotina em nosso trabalho.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Durante o decorrer de 12 sememas foi desenvolvida à intervenção com o objetivo de promover a Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Maria Alice, Feijó/AC, para a avaliação dos resultados alcançados, descreveremos os parâmetros em aspectos quantitativos e qualitativos.

Descrição quantitativa:

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta: Cadastrar 50% dos hipertensos de área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da UBS.

Cadastrar 70% dos diabéticos de área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da UBS.

Indicador: Cobertura do programa de atenção de hipertensos e diabéticos na UBS.

Em nossa UBS temos um total estimativo de 717 hipertensos e antes de iniciar a intervenção contávamos com 147 hipertensos acompanhados (20,5%). No primeiro mês alcançamos 145 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS (20,2%), no segundo mês tivemos 278 hipertensos (38,8%) e terceiro mês 409 hipertensos acompanhados (57%), como mostra a Figura 1.

Com relação aos diabéticos temos uma estimativa de 177 e antes da intervenção, tínhamos 96 diabéticos acompanhados (54%). No primeiro mês de intervenção, alcançamos 51 diabéticos (28,8%), no segundo mês 109 (61,6%) e no terceiro mês, 164 diabéticos, assim fechamos com 92,7% de cobertura, como mostra a Figura 2.

Descrição qualitativa:

Alcançamos este resultado devido às ações desenvolvidas pelos oito ACS com grande responsabilidade no cadastramento de toda a área adstrita de casos, com um monitoramento semanal avaliado em cada reunião de equipe assim continuaremos com a intervenção para alcançar uma cobertura de 100%.

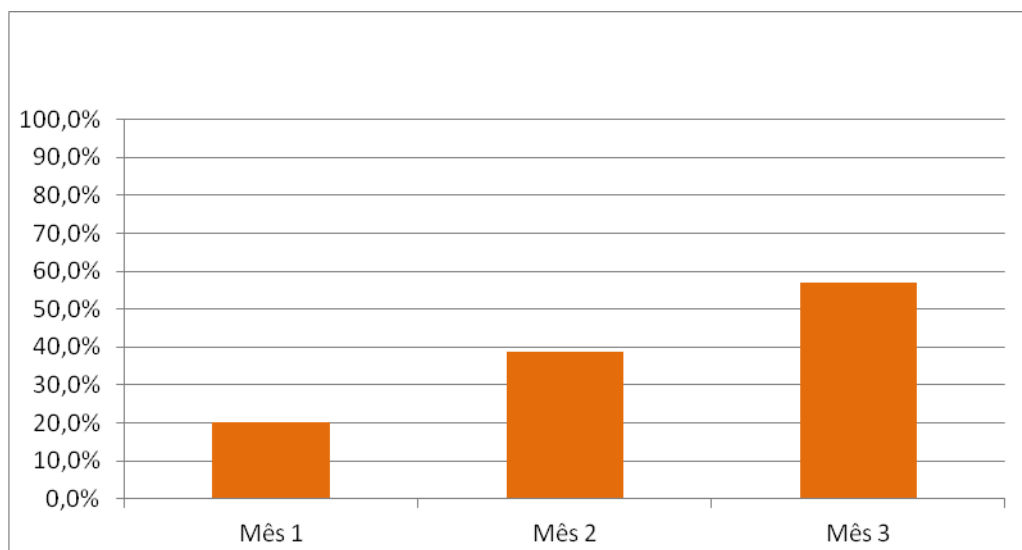


Figura 1. Proporção de hipertensos cadastrados na UBS Maria Alice, Feijó/AC.

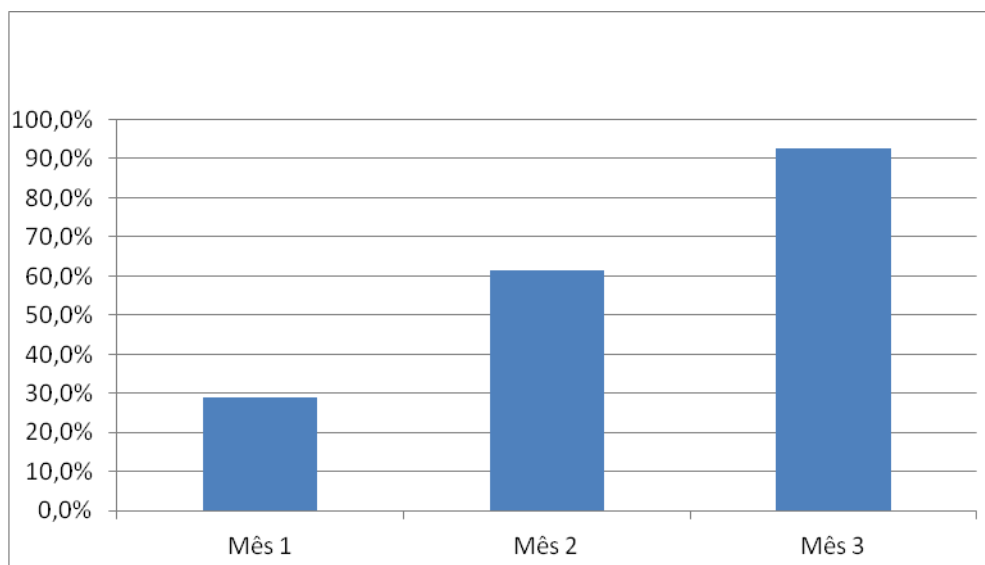


Figura 2. Proporção de diabéticos cadastrados na UBS Maria Alice, Feijó/AC.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Metas 2.1 e Meta 2,2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Descrição quantitativa:

Ao começar a intervenção tivemos irregularidades com exame clínico em dia de acordo com protocolos dos hipertensos e diabéticos, assim, no primeiro mês atingimos 121 (82,3%) hipertensos com exames clínicos em dia acordo, conforme protocolos. No segundo mês alcançamos 254 (91,4%) e no o terceiro mês 409 (100%), como mostra a Figura 3.

Para os diabéticos, no primeiro mês alcançamos 46 (90,2%) diabéticos com exames clínicos apropriados, no segundo mês alcançamos 104 (95,4%) usuários com exames clínicos em dia e no terceiro mês, atingimos 164 diabéticos (100%) (Figura 4).

Descrição qualitativa:

Foram realizadas todas as consultas médicas, exame clínico apropriado, com os parâmetros estabelecidos pelo protocolo, com apoio de duas técnicas de enfermagem realizando a triagem. Alcançamos este indicador, devido o apoio da equipe, onde cada profissional desenvolveu sua atuação.

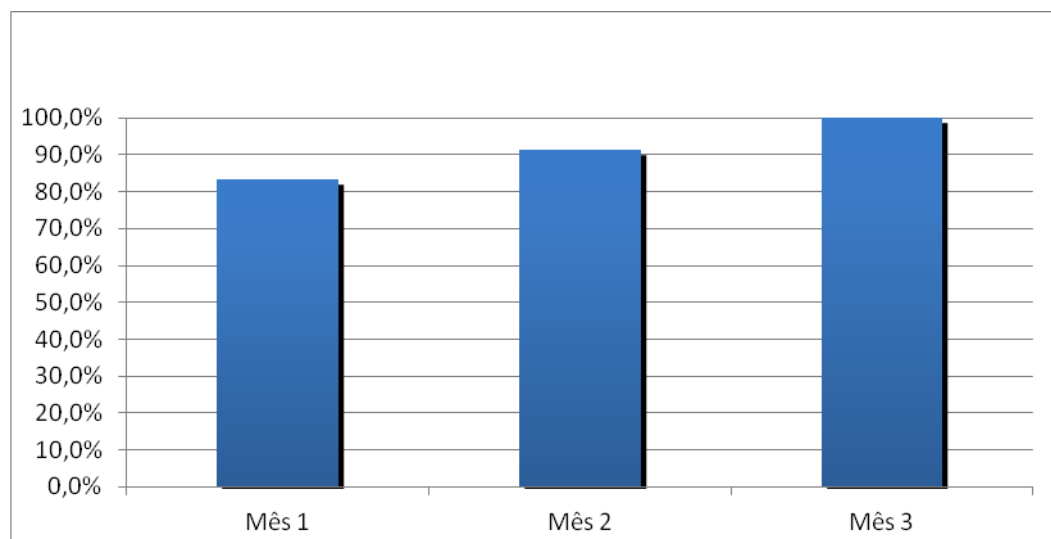


Figura 3. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Maria Alice, Feijó/AC.

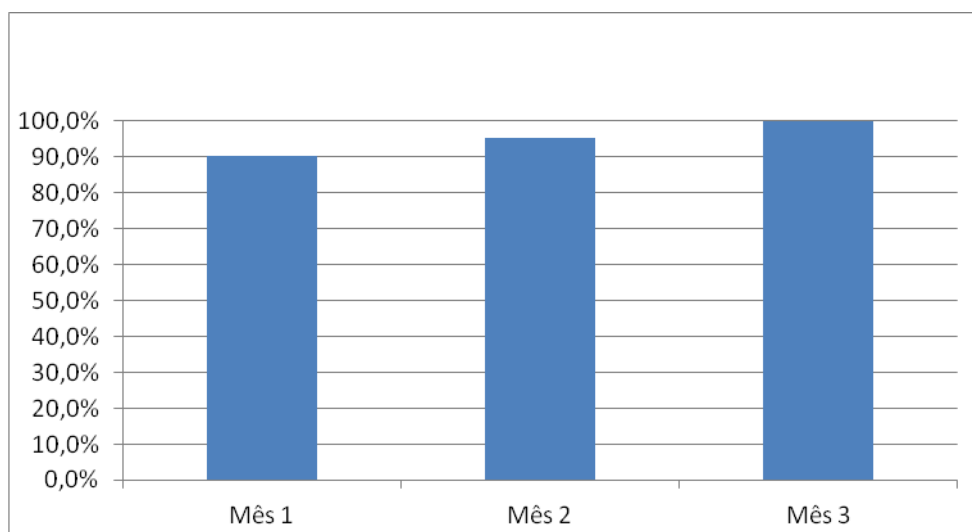


Figura 4. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Maria Alice, Feijó/AC.

Meta. 2.3 e Meta 2.4 Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com protocolos

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Descrição quantitativa

Segundo a avaliação quantitativa dos resultados são similares ao indicador anterior. Para usuários hipertensos, no primeiro mês, alcançamos 121 (82,3%) hipertensos com exames complementares em dia, no segundo mês atingimos 254 (91,4%) e no o terceiro mês com 409 (100%), exames complementares em dia de acordo com protocolos (Figura 5).

Quanto aos usuários diabéticos, no primeiro mês foram 46 (90,2%), no segundo mês, garantimos 164 (95,4 %), e no terceiro mês 164 (100%) (Figura 6).

Descrição qualitativa:

Em todas as consultas médicas, o médico realizou solicitação de exames complementares a todos os hipertensos e diabéticos. São liberados os demais exames laboratoriais que ajudou ao alcançar estes resultados, apoio das lideranças da comunidade.

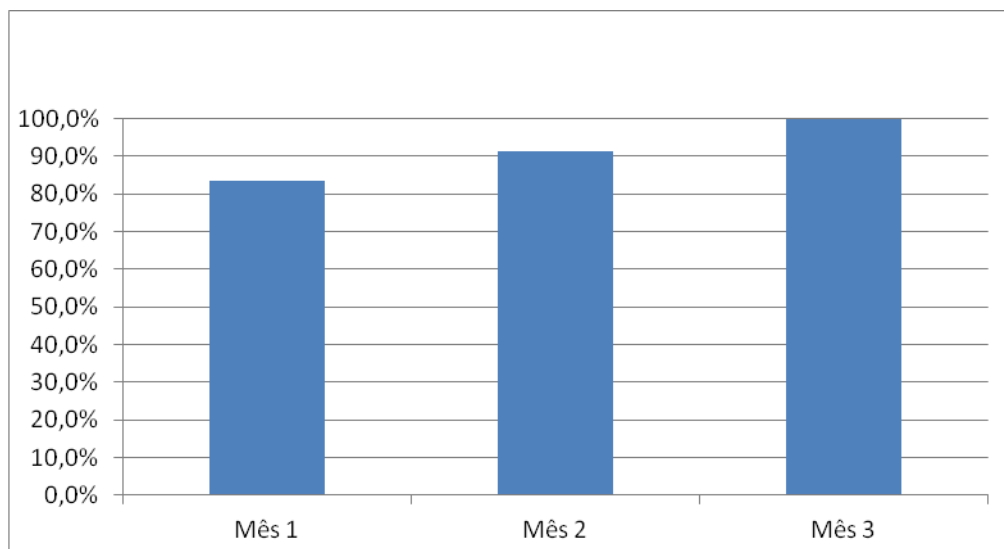


Figura 5. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde UBS Maria Alice, Feijó/AC.

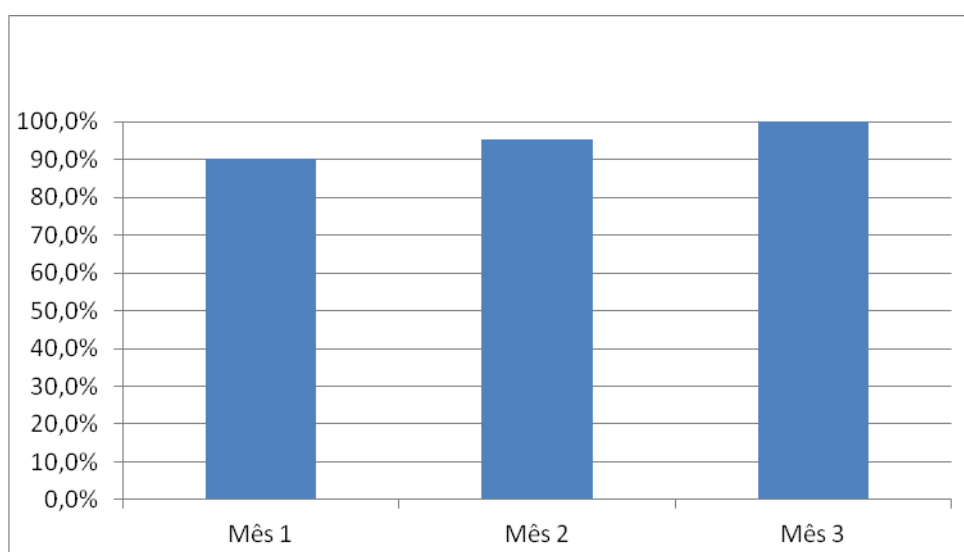


Figura 6. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da UBS Maria Alice, Feijó/AC.

Meta 2.5 e Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Descrição quantitativa

Todos os usuários hipertensos e diabéticos receberam prescrição de medicamentos na Farmácia popular, no primeiro mês foram 147 (100%) hipertensos que receberam medicamento, no segundo mês foram 278 (100%) e fechando com 409 (100%).

Para diabéticos no primeiro mês foram 51(100%) usuários, no segundo 109 (100%) e no terceiro foram 164 (100%).

Descrição qualitativa

Indicador satisfatório, com grande apoio de órgãos gestores para o abastecimento contínuo. Realizamos revisão diária de estoque de medicamentos, com detecção precoce de probabilidade de déficit, com a confecção da solicitação do mês seguinte.

Meta 2.7 e Meta 2.8: Realizar avaliação de atendimento odontológico a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Descrição quantitativa

Consideramos que foi o indicador com resultados mais baixo da intervenção, no mês 1 atingimos 89 (60,5%) hipertensos com avaliação de atendimento odontológico, no segundo mês foram 222 (79,9%) e no mês 3 com 356 (87%) (Figura 7).

Quanto aos diabéticos, no mês 1 atingimos 42 (82,4%) de usuários com avaliação de necessidade de atendimento odontológico, no mês 2 foram 100 (91,7%) e no terceiro mês 155 (94,5%) (Figura 8).

Descrição qualitativa

Devemos destacar que muitos usuários acompanhados antes da intervenção já tinham a avaliação odontológica em dia. Os usuários pendentes são resistentes a avaliação bucal fundamentalmente, os usuários idosos, que continuaremos sensibilizando mediante palestras para usuário família e comunidade, este resultado foi alcançado com grande apoio de equipe odontológica.

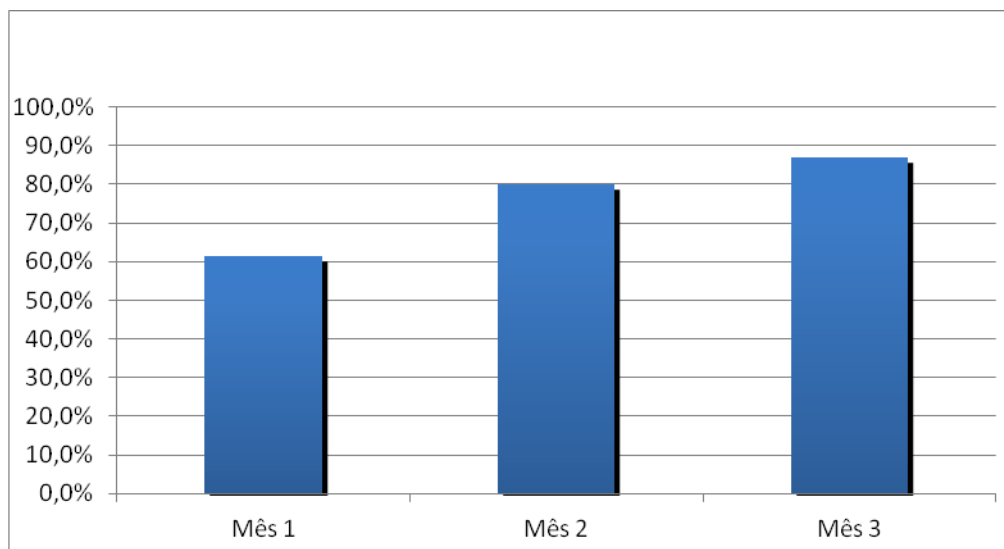


Figura 7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, na UBS Maria Alice, Feijó/AC.

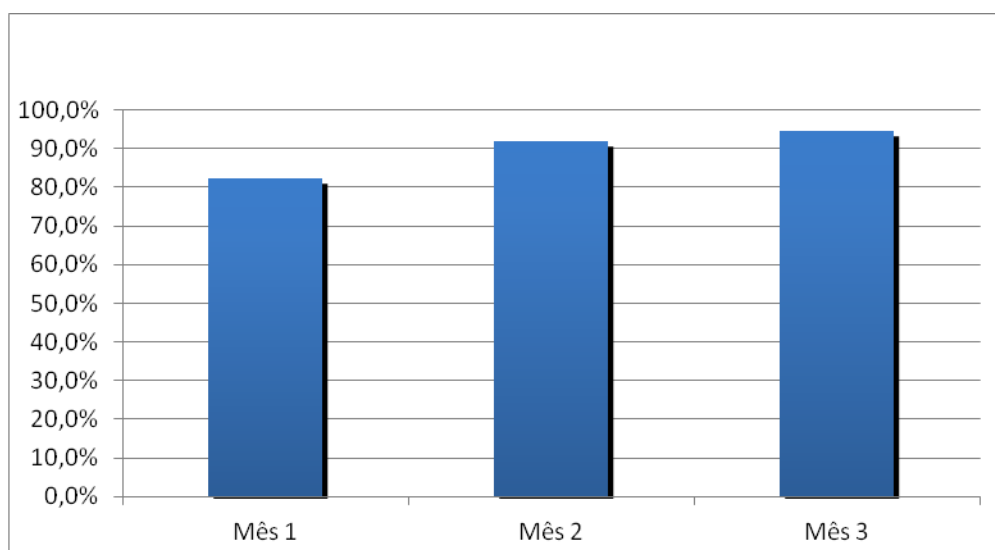


Figura 8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, na UBS Maria Alice, Feijó/AC.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1 e Meta 3.2: Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos as consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos faltosos as consultas com busca ativa.

Descrição quantitativa

Com relação ao indicador de proporção de diabéticos e hipertensos com busca ativa de pacientes faltosos, nossa equipe realizou uma árdua tarefa, no mês 1 tivemos 22 usuário faltoso, recuperando apenas um procedente de busca ativa 1 (4,5%), no segundo mês, 22 faltosos, sendo que 17 (77,3%) receberam busca ativa e no terceiro mês, tivemos 33 faltosos e todos receberam busca ativa, 33 (100%) (Figura 9).

Quanto aos usuários diabéticos, no primeiro mês, foram 6 usuários faltosos a consulta, com busca ativa de 6 faltosos, mas apenas 1 (16,7%) receberam busca ativa, no segundo mês, 7 faltosos, com busca ativa de 7 (100%) usuários faltosos, e no terceiro mês, tivemos 9 (100%) faltosas, com busca ativa de todos (Figura 10).

Descrição qualitativa

Este indicador foi intensificado já que no começo apresentávamos dificuldades com usuários da área de abrangência para ir à consulta. No decorrer da intervenção, as ações desenvolvidas que auxiliaram, foram as atividades educativas coletivas e individuais. Neste indicador com a reaplicação de busca ativa aos usuários faltosos às consultas, com um planejamento organizado foi possível acolher os usuários proveniente de busca ativa.

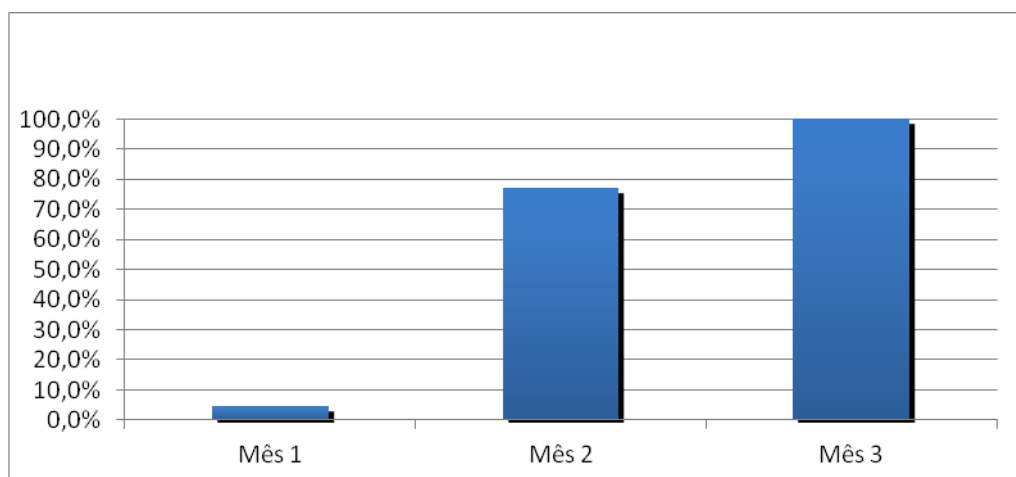


Figura 9. Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa na UBS Maria Alice, Feijó/AC

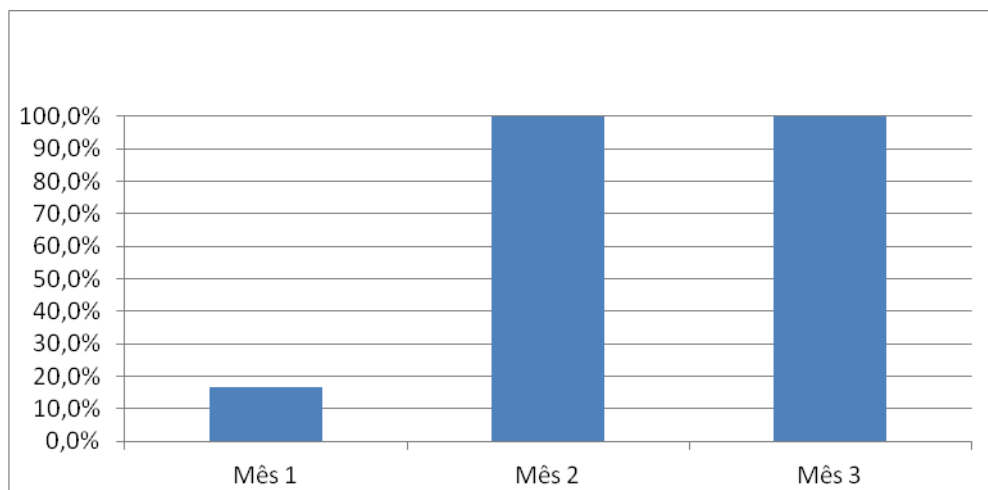


Figura 10. Proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca ativa, na UBS Maria Alice, Feijó/AC.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 e Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Descrição quantitativa

Na avaliação deste indicador, a equipe trabalhou em conjunto atualizando os registros adequados, no primeiro mês atingimos 138 (93,9%) hipertensos com ficha de acompanhamento adequada, no segundo mês 271 (97,5%), concluindo nas 12 semanas com 409 (100%) hipertensos com ficha de acompanhamento adequado, como mostra a Figura 11.

Quanto aos diabéticos, no primeiro atingimos 49 (96,1%) diabéticos com ficha de acompanhamento adequada, no segundo mês 107 (98,2%) e no terceiro mês, 164 (100%), como mostra a Figura 12.

Descrição qualitativa

As ações desenvolvidas que ocasionaram os resultados deste indicador, foi a utilização de registros adequados em todos os atendimentos clínicos, como ficha espelho, ficha odontológica, planilha eletrônica e impresso de medicamentos e livro de registro geral, com equipe capacitada, com um sistema de registro viável.

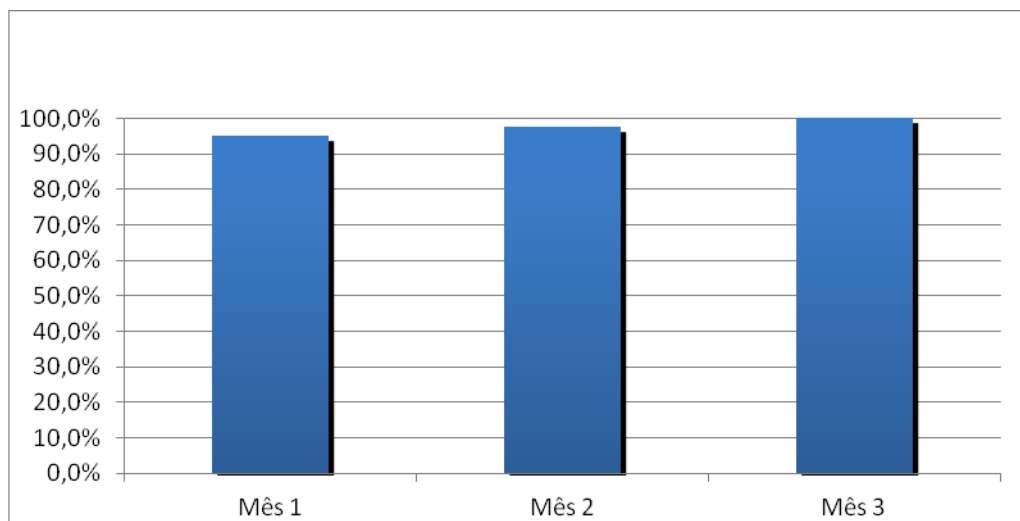


Figura 11. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Maria Alice, Feijó/AC.

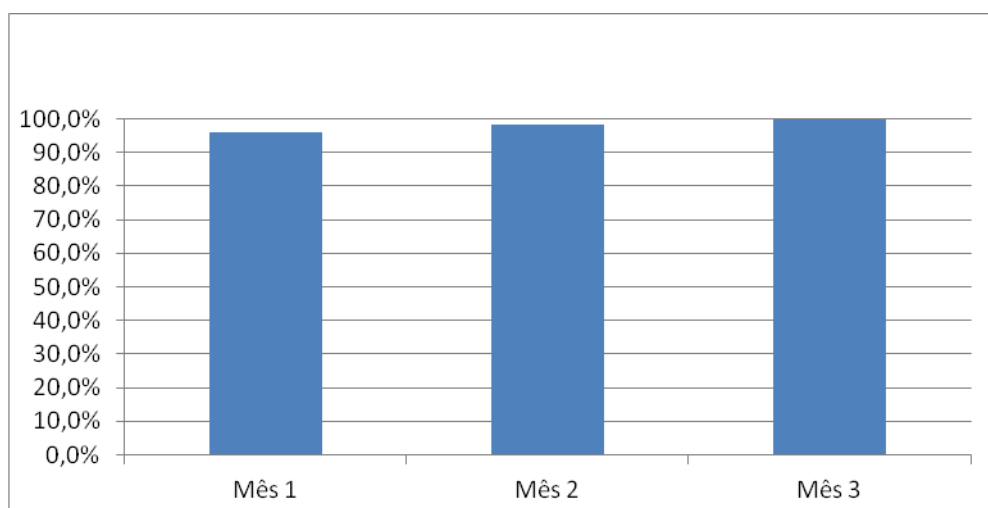


Figura 12. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, na UBS Maria Alice, Feijó/AC.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta: Realizar estratificação de risco cardiovascular nos 100% de hipertensos e diabéticos cadastrados UBS.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínica em dia.

Descrição quantitativa

Os resultados alcançados na estratificação de risco cardiovascular foram satisfatórios, para usuários hipertensos no primeiro mês, atingimos a estratificação do risco em 138 hipertensos (95,2%). No segundo mês foram, 271 (97,5%), e no terceiro mês, 409 (100%) com estratificação do risco, no últimos mês (Figura 13).

No primeiro mês atingimos 49 diabéticos com realização de estratificação de risco (96,1%), no segundo mês, foram 107 (98,2%) e fechamos com os 164 diabéticos (100%) (Figura 14).

Descrição qualitativa

As ações desenvolvidas que propiciaram os resultados deste indicador, foram a identificação do risco de todos os hipertensos e diabéticos, e priorização dos usuários avaliados como de alto risco. Todos os usuários hipertensos e diabéticos foram orientados sobre o nível de risco com a periodicidade de assistência a consulta.

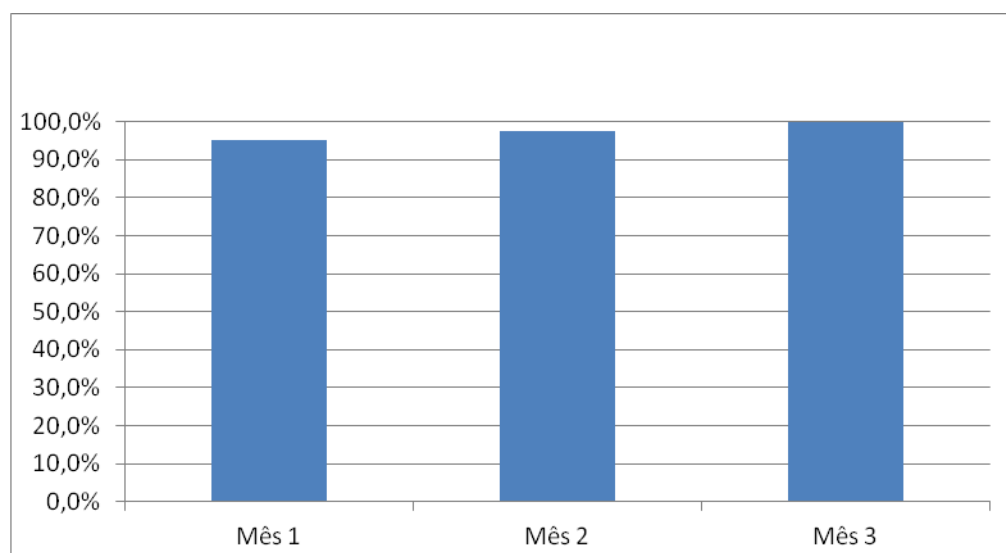


Figura 13. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, na UBS Maria Alice, Feijó/AC.

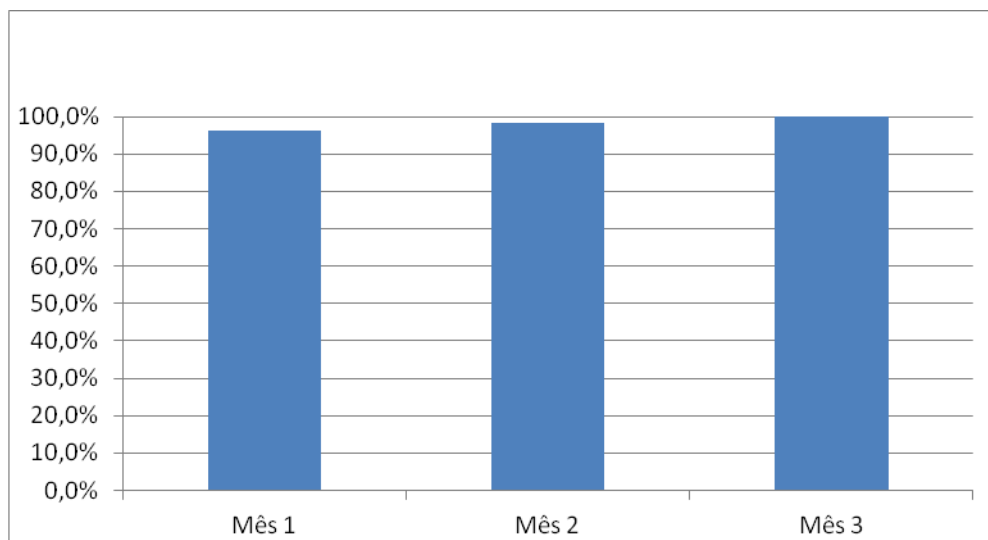


Figura14. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, na UBS Maria Alice, Feijó/AC.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta6.1 e Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% de hipertensos e diabéticos na UBS.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Descrição quantitativa

Todos os hipertensos e diabéticos receberam orientações sobre alimentação saudável, antes dos atendimentos. No primeiro mês, atingimos 145 (98,6%) hipertensos, no segundo mês, 278 (100%) e no terceiro mês, foram 409 (100 %), como mostra a Figura 15.

Aos usuários diabéticos, atingimos no primeiro mês, 51 (100%) usuários, no segundo mês 109 (100%) e no terceiro mês, atingimos 164 (100%).

Descrição qualitativa

Realizou-se atividades educativas coletivas e individual em atendimentos clínicos e visitas domiciliares pelo profissionais da equipe, para usuário, família e comunidade em instituições como igrejas e UBS, sobre os dez passos para alimentação saudável e sua importância, com utilização de meios de ensino, com uma equipe capacitada para execução desta atividade, com um monitoramento semanal, avaliado em reuniões de equipe com uma periodicidade quinzenal.

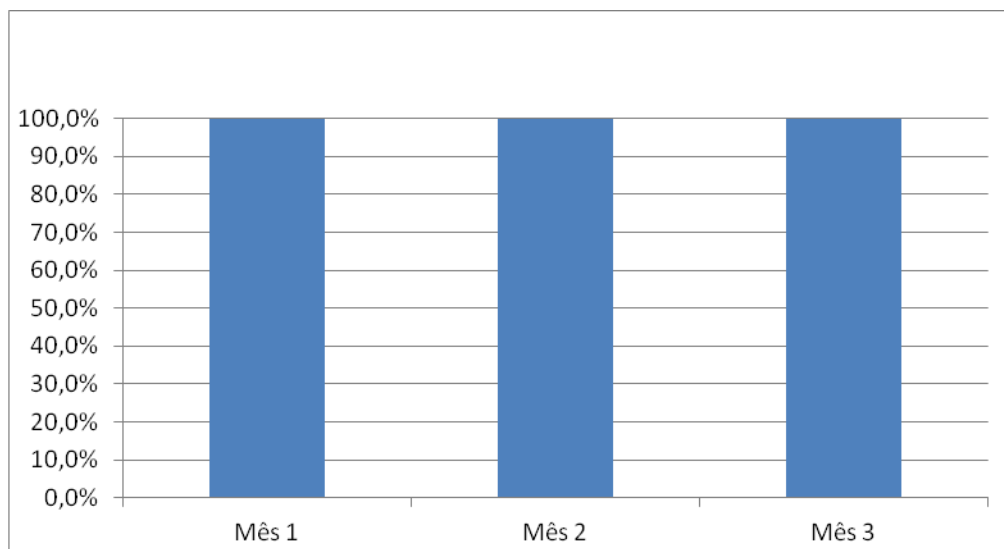


Figura 15. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, na UBS Maria Alice, Feijó/AC.

Meta 6.3 e Meta 6.4: Garantir orientação em relação à atividade física regular a 100% hipertensos e diabéticos em UBS.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Descrição quantitativa

As orientações de prática regular de atividade física, foi implementada para todos os usuários hipertensos e diabéticos (100%). No primeiro mês, atingimos 145 (98,6%) de hipertensos com orientação de atividade física regular, no segundo mês 278 (100%) e no terceiro mês, foi um total de 409 (100%) (Figura 16).

Quanto aos diabéticos, orientamos no primeiro mês 51 (100%), no segundo mês, 109 (100%), 164 (100%).

Descrição qualitativa

Realizamos atividades educativas coletivas e individuais em atendimentos clínicos e visitas domiciliares pelos profissionais, de equipe, para usuário, família e comunidade em instituições, como igrejas e UBS, sobre a importância da prática de atividade física, exercícios aeróbios e anaeróbios, através de debates e discussão, com participação de toda equipe de saúde, com um monitoramento semanal avaliado em reuniões de equipe.

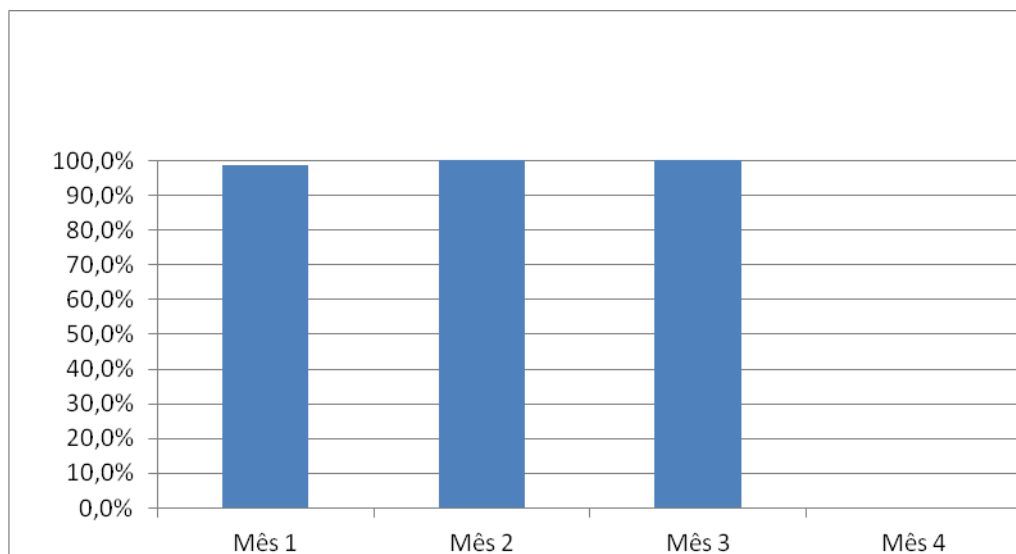


Figura 16. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física, na UBS Maria Alice, Feijó/AC.

Meta 6.5 e Meta 6.6: Garantir orientação sobre risco de tabagismo a 100% hipertensos e diabéticos em UBS.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Descrição quantitativa

Todos os hipertensos e diabéticos receberam orientações sobre orientação dos riscos do tabagismo, antes dos atendimentos. No primeiro mês, atingimos 145 (98,6%) hipertensos que receberam orientação sobre riscos do tabagismo, no segundo mês 278 (100%) e no terceiro mês 409 (100%), como mostra a Figura 17.

Com relação aos usuários diabéticos, no primeiro mês, atingimos 51 (100%), no segundo mês, 109 (100%) e no terceiro mês, 164 (100%).

Descrição qualitativa

Realizou-se atividades educativas coletivas para usuário, família e comunidade em instituições da comunidade e UBS, sobre os risco de tabagismos e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo na UBS. Com uma capacitação prévia realizada antes da intervenção para todos os profissionais de equipe, para realização de monitoramento semanal, sendo discutidos casos nas reuniões de equipe.

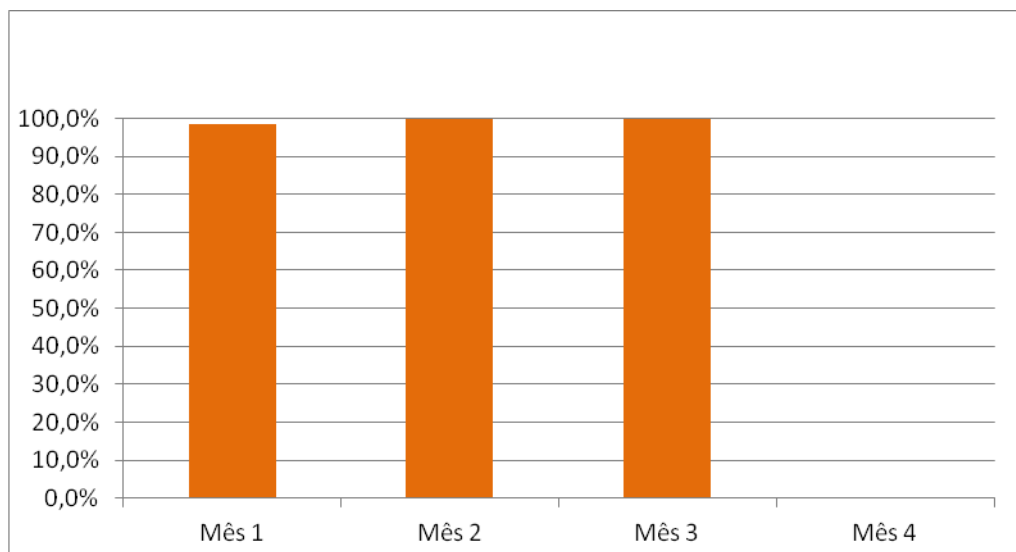


Figura 17. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo, na UBS Maria Alice, Feijó/AC

Meta 6.7 e Meta 6.8: Garantir orientação de higiene bucal a 100% hipertensos e diabéticos em UBS.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Descrição quantitativa

Todos os hipertensos e diabéticos da UBS receberam orientação de higiene bucal, antes dos atendimentos clínicos. No primeiro mês, atingimos orientação aos 145 (98,6%) dos hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal, no segundo mês, atingimos 278 (100%) e no terceiro mês, atingimos 409 (100%) (Figura 18).

Quanto aos diabéticos, conseguimos atingir no primeiro mês 51(100%), diabéticos receberam orientação sobre higiene bucal, no segundo mês 109 (100%) e no terceiro mês 164 (100%).

Descrição qualitativa

Realizamos atividades educativas coletivas, para usuário família e comunidade em instituições da comunidade, igrejas e UBS, desenvolvendo palestras, antes de todos os atendimentos odontológicos, além dos usuários receberem orientações individuais de acordo com suas particularidades, com uma duração de 10 minutos por cada usuário, com uma periodicidade quinzenal, sendo realizada por uma equipe capacitada.

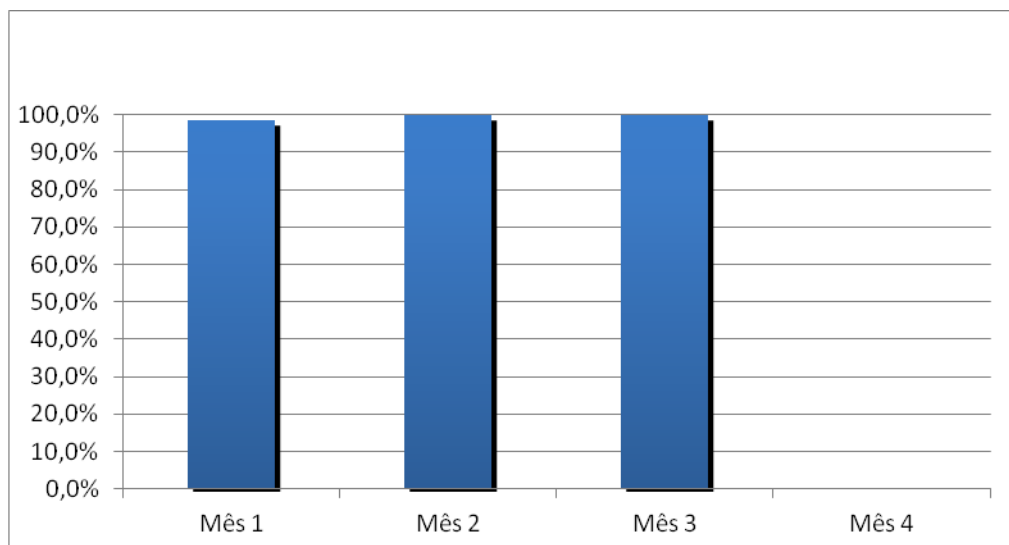


Figura 18. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

4.2 Discussão

Com a intervenção, conseguimos alcançar grandes resultados, promovendo a melhoria da Atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na Unidade Básica de Saúde Maria Alice Feijó, no Município Feijó/AC.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos Hipertensos e Diabéticos. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da técnica de enfermagem, ACS e da auxiliar geral, quem é a encarregada do agendamento e organização das ferramentas de registros e monitoração.

A intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS, disponibilizando um atendimento com qualidade de atenção. Em destaque, podemos citar nos agendamentos programados e organizados, principalmente na agenda odontológica. Implantado uma ficha de registro, para monitoramento e avaliação contínua, viabilizando situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e nível de compensação sobre a doença, além de registro das visitas domiciliares, dos usuários hipertensos e diabéticos acamados e/ou com dificuldade de locomover.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde. Esta atividade, promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da técnica de enfermagem, ACS e da auxiliar geral, esta, sendo a responsável pelo agendamento e organização dos arquivos. Foram realizadas capacitações com a equipe, que condicionou um trabalho mais unido, com equipe mais organizada e integrada, ampliando o nível de conhecimento, para garantir um trabalho com sucesso, com o desempenho de cada profissional, segundo sua atribuição.

São realizadas reuniões semanais para revisão periódica de registros de atenção a usuários hipertensos e diabéticos (ficha espelho, livro de registro e planilhas) e participação nas atividades planejadas e planejamento de ações e/ou processo de trabalho.

Garantimos durante o desenvolvimento da intervenção, cumprir com outros atendimentos priorizados no serviço, priorizando vagas para usuários de alto risco, tudo isto, diminuindo atendimentos a demanda espontânea. Ou benefício adquirido com a intervenção, é que hoje temos melhor controle na UBS, de materiais e insumos,

O impacto da intervenção foi percebido e aceitado pela comunidade de forma progressiva. O impacto na comunidade foi percebido com a grande aceitação das atividades educativas, coletivas, executadas sem diminuição na rotina, sempre despertando uma motivação com imagens e propiciando mudanças em estilos de vida. Todos os hipertensos ficaram satisfeitos com os atendimentos clínicos, Incorporando a intervenção na rotina do serviço.

A intervenção foi aceita desde que começamos a discutir os temas sugeridos no curso de especialização nas reuniões da equipe. Também foi facilitada com a participação da comunidade logo de explicitar os critérios para a priorização da atenção do grupo alvo e discutir a melhor maneira de incorporar isto a nossa rotina.

Ao final do projeto, percebo que a equipe está com uma integração maior, porém, como foi incorporada a intervenção à rotina do serviço, temos que superar algumas das dificuldades encontradas no decorrer da intervenção. Portanto, vamos continuar ampliando o trabalho de prevenção e promoção de saúde nas comunidades.

À partir do planejamento da intervenção, podemos avaliar os demais grupos prioritários, para darmos continuidade ao projeto, assim como ampliar para outros grupos.

5 Relatório da intervenção para gestores

O presente relatório vai dirigido a Sra. Secretária Municipal de Saúde, **Elia Bety Lima**, com a finalidade de descrever a intervenção que foi realizada no Posto de Saúde da Família Maria Alice, Feijó/AC. O objetivo principal da intervenção foi Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Maria Alice, Feijó/AC. Foram avaliados neste processo da intervenção os adultos maiores de dezoito anos num período de 12 semanas de intervenção.

A Intervenção fez parte dos requisitos formativos do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas - UFPEL, e só foram possíveis devido ao apoio da equipe e da gestão.

A intervenção foi aceita desde que começamos a discutir os temas sugeridos no curso de especialização nas reuniões da equipe. Foi escolhido o grupo a ser trabalhado, após a realização de uma análise situacional e análise estratégica da UBS.

Nossa população conta com 4716 habitantes para uma equipe de saúde. Antes da intervenção eram cadastrados 147 (21%) hipertensos e 96 (54%) diabéticos. Ao concluir a intervenção, alcançamos 409 hipertensos (57%) e 164 diabéticos (92,7%).

Na avaliação das metas do Objetivo de melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos do PSF conseguimos cumprir a cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético em 409 (57%) de hipertensos, **alcançando no primeiro mês alcançamos 145 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS (20,2%), no segundo mês tivemos 278 hipertensos (38.8%) e terceiro mês 409 hipertensos acompanhados (57%) e 164 (92,7%) de diabéticos; No primeiro mês alcançamos 51 diabéticos (28,8%), no segundo mês 109 (61.6%) e no terceiro mês, 164 diabéticos (92,7%).**

Garantimos 409 (100%) de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo o protocolo e 164 (100%) para os diabéticos. Além de atingir o mesmo resultado para cobertura de exames complementares periódicos em dia. Também garantimos 409 (100%) de hipertensos com a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular / HIPERDIA priorizada e para os diabéticos, atingimos 164

(100%). Outro resultado satisfatório, foi atingir 356 (87%) de hipertensos que tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico e 155 (94,5%) dos diabéticos. Todos os hipertensos e diabéticos faltosos, receberam busca ativa, tendo sido atingido 33 hipertensos faltosos e 9 diabéticos. Quanto aos registros realizados, atingimos 409 (100%) dos hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento e 164 (100%). Atingimos a mesma cobertura de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico,. Quanto a promoção de saúde, garantimos cumprir 100% das orientações nutricionais sobre alimentação saudável, sobre prática de atividade física regular, orientação sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal para todos os hipertensos e diabéticos cadastrados e atendidos na intervenção.

O monitoramento do Programa de HAS e DM foi realizado pela técnica de enfermagem, com apoio do médico da UBS. Também acontecia avaliação nas reuniões de equipe, com periodicidade quinzenal. O enfermeiro de equipe o responsável de todas as atividades educativas coletivas, realizadas em diferentes instituições da comunidade e UBS para usuários hipertensos e diabéticos.

Com apoio de lideranças, conseguimos ter um grande impacto, sensibilizando a comunidade no melhor conhecimento do Programa de HAS e DM e melhor desenvolvimento no desempenho profissional, mediante capacitações do Programa de HAS e DM.

O desenvolvimento de órgãos gestores no processo da intervenção foi muito relevante. Hoje contamos com gestores mais envolvidos na solução de problemas da comunidade e com um conhecimento mais profundo do funcionamento da Atenção de saúde da família. A gestão proporcionou um melhor funcionamento e qualidade dos serviços para equipe e comunidade no Programa de HAS e DM. Seu apoio garantiu a viabilização do processo logístico, estabelecido durante a intervenção, com resultados evidentes e significativos, com grande número de usuários incorporados ao acompanhamento, sendo que, os resultados alcançados foi de uma grande importância com os órgãos gestores que desempenha um papel primordial, possibilitando viabilizar muitos aspectos essenciais e indispensável para uma intervenção exitosa.

O projeto de intervenção já forma parte da rotina do serviço e será implementada em outras ações programáticas, mas para a melhoria desta implementação, discutiremos com órgãos gestores, implantar a Farmácia em nossa

UBS, para melhorar a comodidade para o usuário, de aquisição de seu medicamento, tendo melhor organização e controle dos fármacos indicados.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

A intervenção foi desenvolvida em 12 semanas, com início em 9 de fevereiro e terminação 28 de abril 2015, onde foram realizadas diversas ações. Com o objetivo de melhorar a Atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na UBS Maria Alice, no Município de Feijó/AC, a equipe trabalha afim de ampliar a cobertura de atenção ao Programa de HAS e DM.

Nossa população conta com 4716 habitantes para uma equipe de saúde. Antes da intervenção eram cadastrados 147 (21%) hipertensos e 96 (54%) diabéticos. Ao concluir a intervenção, alcançamos 409 hipertensos (57%) e 166 diabéticos (92,7%) acompanhados da UBS.

Todos os hipertensos e diabéticos acompanhados receberam atendimentos de qualidade, com exame clínico e realização de exames de laboratório segundo orientação do Ministério de Saúde, com prescrição de medicamentos em farmácia popular de forma gratuita. Todos os usuários faltosos, com dificuldade a assistência à consulta foram recuperados em busca ativa em visitas domiciliares, sensibilizados com atividades educativas coletivas e individuais, em cada consulta se identificou o risco e priorização de usuários de alto risco, onde todos foram orientados sobre seu nível de risco e periodicidade a consulta, com utilização de todos os registros adequados com um sistema de registro, com identificação de procedimentos em atrasos, concluímos com avaliação bucal com necessidade de atendimento odontológico com 356 hipertensos (87%) e 155 diabéticos (94,5%), os usuários pendentes foram resistente avaliação bucal, fundamentalmente idosos, mas continuamos sensibilizando-os para sua acompanhamento, garantimos cumprir 100% das orientações nutricional sobre alimentação saudável, prática

de atividade física riscos do tabagismo e higiene bucal para todos os hipertensos e diabéticos cadastrados e atendidos na intervenção.

Com o desenvolvimento da intervenção a comunidade teve ganhos relevantes, com a incorporação de um grande número de hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS, com atendimentos de qualidade, onde todos ficam satisfeitos com a atenção a saúde, com uma comunidade mais sensibilizada e conscientizada e com maior conhecimento do Programa de HAS e DM, isto condicionou mais apoio e compreensão na população sobre a priorização deste programa.

O projeto de intervenção já forma parte da rotina do serviço continuando com o cadastramento dos usuários em toda a área adstrita, com atendimentos de qualidade e atividades educativas na comunidade, e será implementada em outros atendimentos, mas para a melhoria, precisamos do apoio de toda a comunidade para podermos garantir um atendimento de qualidade à toda população, ou seja, a comunidade pode ajudar a dar continuidade a esse trabalho através da participação efetiva nos grupos de acompanhamento nutricional e de atividade física da área na população, com apoio de lideranças. Esse engajamento é especial para prover vínculo e efetividade das ações.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O trabalho desenvolvido na área de abrangência da UBS Maria Alice, Feijó/AC, teve grande importância no critério de qualificar o serviço oferecido pela equipe, assim como qualificar os profissionais e os atendimentos.

No início foi muito difícil por ter dificuldades com o idioma o que atrapalhou o processo de interação com o pessoal na secretaria de saúde, nos pacientes que nas primeiras consultas e com o pessoal das equipes onde trabalhei de forma transitória.

Com resultados com sucesso, a intervenção propiciou a incorporação de um número significativo de usuários a uma atenção de qualidade, humanizada e preventiva. Intervenção que será incorporada a rotina dos serviços as outras ações programáticas, para melhorar cada dia na eficiência dos serviços de Atenção básica de saúde, com uma população mais saudável, demonstrando que um mundo melhor é possível .

No desenvolvimento do trabalho, durante o curso, o objetivo foi melhorar a atenção dos serviços de saúde na UBS, apesar de ter uma equipe completa, fiquei receosa de não conseguir bons resultados. Mas, com o desenvolvimento do curso, foi fundamental na transformação do processo de trabalho para equipe, serviço e comunidade.

Para meu desenvolvimento pessoal de aprendizagem, no início, não pensei que aconteceria mudanças nas situações. Foi difícil lidar com a realidade, como costumes de muitos anos, dos profissionais e gestores atuantes, que devem terem estranhados com a introdução de uma profissional estrangeira, que tinha a responsabilidade de transformar seu sistema sustentado de muitos anos, com uma população de baixo nível educacional.

O Cenário mais próximo de meu orientador no espaço DOE com um acompanhamento contínuo, os fóruns foram muito proveitosos, dando benefício com um intercâmbio ativo com os demais alunos e professores, o que possibilitou apoio na realização das tarefas, dúvidas, experiências e vivências em nosso projeto profissional e de trabalho. Aprendi muito com os protocolos, do Ministério da Saúde de atuação no Brasil, das diferentes ações programáticas.

Com a intervenção, permitiu que os profissionais ficassem com maior qualificação profissional, na atenção básica de saúde, com uma experiência única no desenvolvimento de uma intervenção por primeira vez.

Pelos resultados satisfatórios da intervenção, a equipe resolveu ter a possibilidade de ampliar o trabalho para demais grupos prioritários. Mas, para obtenção de sucesso, sempre precisaremos do apoio da toda comunidade, grupo e gestores.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Caderno de Atenção Básica. Volume 37. Hipertensão Arterial Sistêmica Brasília: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Caderno de Atenção Básica. Volume 36. Diabetes Mellitus. Brasília: 2013

BRASIL. HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: UM ESTUDO SOBRE OS PROGRAMAS DE ATENÇÃO BÁSICA: Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a05.pdf>.

BRASIL. Hipertensão arterial e diabetes mellitus. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/LUNATH/hipertenso-arterial-e-diabetes-mellitus>.

BRASIL. Diabetes Mellitus: Tratamento da Hipertensão Arterial. Disponível em: http://www.projtodiretrizes.org.br/4_volume/12-tratament.pdf

Brasil. Programa de controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/1974/programa-de-controle-da-hipertensao-arterial-e-diabetes-mellitus>.

Brasil. Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em adultos e idosos cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Florianópolis, SC. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/1010>

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

[illegible]



 **Especialização em
Saúde da Família**
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa: ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS: _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador: _____ Telefones de contato: ____/____/____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não
 Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible]